

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**PERCEÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA E ESTADO DE
SAÚDE EM IDOSOS DEPENDENTES E SEUS
CUIDADORES INFORMAIS E FORMAIS:
COMPARAÇÃO DE PERSPETIVAS**

Ana Cristina Freitas Peixoto Miranda Mesquita

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Fernando Sepúlveda Afonso Fradique

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)

2016

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**PERCEÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA E ESTADO DE
SAÚDE EM IDOSOS DEPENDENTES E SEUS
CUIDADORES INFORMAIS E FORMAIS:
COMPARAÇÃO DE PERSPETIVAS**

Ana Cristina Freitas Peixoto Miranda Mesquita

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Fernando Sepúlveda Afonso Fradique

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)

2016

Agradecimentos

Em primeiro lugar, um agradecimento enorme àqueles a quem devo a vida e aquilo que sou. Os meus pais, Cristina e João, são, acima de qualquer outro senão eu, os responsáveis por tudo o que alcancei e por este trabalho ser real. A comida em caixinhas, o abraço ao chegar a casa, as chamadas constantes, e muito mais, tornam também vosso, este trabalho.

Aos meus tios, padrinhos e segundos pais, Margarida e Luís Filipe, apoios constantes. Sem vocês todos estes anos teriam sido bem diferentes.

Aos meus irmãos, Manuel e Tiago, por crescerem comigo e me moerem o juízo, e por me ensinarem a ver a vida de uma outra forma.

À minha prima Joana, companhia e apoio constante, auxílio nos momentos de fraqueza, e cozinheira nas horas mais difíceis, convivente com o meu mau humor e stress diário.

À minha prima Catarina, por, mesmo de longe, ter sempre a palavra certa, e procurar estar sempre perto.

Àqueles que já partiram há muito, mas que deixaram cá algo que ainda hoje faz parte de mim.

Ao Professor Doutor Fernando Fradique por, da sua forma tão idiossincrática e escuteira, me mostrar confiança e competência, e acompanhar este percurso de crescimento profissional, académico e pessoal. Por nunca me deixar esquecer a minha Promessa e ser um farol no meio da tempestade.

À Dra. Isabel Matos, por me incentivar a mais e melhor trabalho quando as forças escasseavam, e por ter sempre a palavra certa e a simpatia de me compreender, e à Dra. Margarida Miragaia, pelo sorriso pronto, e a alma disponível para me ouvir e aconselhar.

Às profissionais de saúde, enfermeiras e fisioterapeuta, que partilharam comigo o seu saber e que se mostraram sempre disponíveis, tomando também delas o objetivo de conclusão deste trabalho.

A todas as pessoas, participantes desta investigação, que abriram as portas das suas casas e das suas vidas, que ousaram confiar e partilhar a sua forma de ver o mundo, e que me ensinaram que um idoso dependente é muito mais do que apenas isso. A todos os que partilharam comigo o seu sorriso mais sincero ou as lágrimas mais sentidas, que me fizeram sorrir e querer ficar ali, apenas a conversar. No fundo, àqueles que me mostraram que é possível ser-se pessoa mesmo quando limitado.

Aos meus “Gente Linda”, colegas e amigos de curso, e a todos os aqueles que Lisboa me trouxe, por fazerem comigo este caminho e serem os responsáveis pela maior parte das boas memórias que daqui levo. Em especial à Cláudia, à Carina, à Sónia, ao Filipe, ao José Gabriel, à Luísa, ao André e à Patrícia, por serem a imagem daquilo que para mim são amizades recentes mas verdadeiras.

Ao meu Clã e amigos de Tomar, pela compreensão da minha ausência e por me fazerem sentir sempre parte de algo. Em especial à Rapoula, ao David, ao Freitas, à Patrícia, à Beatriz, à Catarina, à Diana e ao Rui por serem presenças constantes ainda que geograficamente distantes, por continuarem a querer ouvir as minhas histórias e a partilhar as deles, despoletando sempre aquelas minhas gargalhadas tão características.

A Deus.

Aqui é claro que, apesar de ser meu o nome neste trabalho, o caminho não foi feito sozinha. Há muitos outros nomes que se encontram por detrás destas páginas. Por tudo isto, e por marcarem a minha jornada de uma forma tão especial, o meu muito obrigada!

Resumo

O presente estudo tem como objetivos: a) explorar algumas das variáveis associadas à relação de prestação de cuidados, como a Qualidade de Vida e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde dos idosos dependentes, e a Qualidade de Vida e percepção de Sobrecarga e *Burnout* nos cuidadores; e b) comparar as perspectivas dos idosos dependentes e dos cuidadores informais e formais, no sentido de perceber qual dos tipos de cuidadores tem uma percepção mais aproximada da da pessoa alvo de cuidados.

A amostra é constituída por 52 idosos dependentes, 28 cuidadores informais e 16 cuidadores formais. Foram utilizados os seguintes instrumentos: *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-Bref), Questionário de Estado de Saúde (SF-36 v2), Escala de Sobrecarga do cuidador e Inventário de *Burnout* de Copenhaga, e um questionário sociodemográfico para cada um dos tipos de população da amostra.

Os idosos dependentes desta amostra avaliam como média a sua satisfação com a sua Qualidade de Vida como média, assim como a sua Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde. Os cuidadores informais e formais reportam ter uma boa percepção da sua QdV. Os cuidadores informais avaliam a sua sobrecarga como ligeira, enquanto os cuidadores formais experienciam níveis muito baixos de *Burnout*.

No que concerne à comparação das perspectivas, foi encontrada apenas uma diferença significativa na dimensão Funcionamento Social do SF-36 v2. Neste caso, os cuidadores informais apresentaram-se como piores relatores, relativamente à percepção da quantidade e qualidade das relações sociais do idoso dependente, bem como da influência da saúde física e emocional nestas.

Palavras-chave: Idosos dependentes, Cuidadores Informais, Cuidadores Formais, Qualidade de Vida, Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, Sobrecarga, *Burnout*.

Abstract

This study has two main objectives: a) explore some of the variables associated to the caregiving relation: the dependent elderly's Quality of Life and Health Related Quality of Life, and the caregivers' Quality of Life, Burden and Burnout; and b) compare the perspectives of dependent elders and their formal and informal caregivers, in the sense of understanding which of the caregivers has a closer perspective to the targeted people.

The sample is composed of 52 dependent elders, 28 informal caregivers and 16 formal caregivers. The following instruments were used: World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref), State of Health Questionnaire (SF-36 v2), The Zarit Burden Interview (ESC) and the Copenhagen Burnout Inventory (IBC) as well as a sociodemographic questionnaire for each kind of population in the sampling.

The dependent elders in the sample report an average life satisfaction and an average Health Related Quality of Life. Both informal and formal caregivers report good Quality of Life perception. Informal caregivers experience a slight Burden, and formal caregivers report very low levels of Burnout.

Concerning the comparison of perspectives, there was only found one significant difference in the Social Functioning dimension of SF-36 v2. In this case, the informal caregivers presented themselves as worse reporters of the elders' perception of quality and quantity of social relationships, as well as the influence of physical and emotional health on those.

Key words: Dependent elders, informal caregivers, formal caregivers, Quality of Life, Health Related Quality of Life, Burden, Burnout.

Índice

Introdução.....	1
Capítulo 1. Enquadramento teórico	3
1. Idoso	3
2. Cuidador informal	10
3. Cuidador formal	13
4. O presente estudo	17
Capítulo 2. Metodologia	19
1. Desenho da investigação /Caracterização metodológica do estudo	19
2. Amostra	19
2.1. Caracterização da amostra	20
3. Instrumentos de recolha de dados	25
3.1. Questionário sociodemográfico – Idoso dependente	25
3.2 Questionário sociodemográfico – Cuidador informal	26
3.3 Questionário sociodemográfico – Cuidador formal	26
3.4. Instrumento de avaliação de perceção de qualidade de vida da	
Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref)	26
3.5. Questionário de perceção de estado de saúde (SF-36 v2)	27
3.6. Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit (Zarit burden interview –	
ESC)	29
3.7. Inventário de burnout de Copenhaga (IBC)	29
4. Procedimento de recolha de dados	30
5. Procedimento de análise estatística	32
Capítulo 3. Apresentação e análise dos resultados	35
Capítulo 4. Discussão de resultados	57
Capítulo 5. Conclusões	71
5.1. Principais conclusões	71
5.2. Limitações do presente estudo	75
5.3. Considerações éticas	75
5.4. Sugestões para futura investigação	75
5.5. Aplicações práticas deste estudo	76
Referências bibliográficas	79

Índice de tabelas

Tabela 1 - <i>Características sociodemográficas dos idosos dependentes (n=52)</i>	20
Tabela 2 - <i>Características sociodemográficas dos cuidadores informais dos idosos dependentes (n=28)</i>	22
Tabela 3 - <i>Características sociodemográficas dos cuidadores formais dos idosos dependentes</i>	24
Tabela 4 - <i>Descrição da aplicação dos instrumentos de recolha de dados</i>	32
Tabela 5 - <i>Análise descritiva das respostas aos domínios do WHOQOL-Bref, dos idosos dependentes</i>	36
Tabela 6 - <i>Análise descritiva das respostas às dimensões do SF-36 v2, dos idosos dependentes</i>	37
Tabela 7 - <i>Análise correlacional paramétrica e não paramétrica entre o WHOQOL-Bref e o SF-36 v2</i>	38
Tabela 8 - <i>Análise descritiva do WHOQOL-Bref</i>	40
Tabela 9 - <i>Análise descritiva da Escala de Sobrecarga do Cuidador</i>	41
Tabela 10 - <i>Análise correlacional paramétrica e não paramétrica entre o WHOQOL e a ESC</i>	43
Tabela 11 - <i>Análise correlacional paramétrica e não paramétrica entre o SF-36 v2 e o WHOQOL-Bref</i>	44
Tabela 12 - <i>Análise descritiva dos domínios do WHOQOL-Bref</i>	46
Tabela 13 - <i>Análise descritiva das dimensões do IBC</i>	47
Tabela 14 - <i>Análise correlativa paramétrica e não paramétrica entre o WHOQOL-Bref e o IBC</i>	48
Tabela 15 - <i>Análise paramétrica e não paramétrica entre o SF-36 v2 e o WHOQOL-Bref</i>	49
Tabela 16 - <i>Descrição das diferenças entre as respostas dos idosos dependentes e dos cuidadores informais, ao WHOQOL-Bref</i>	51
Tabela 17 - <i>Descrição das diferenças entre as respostas dos idosos dependentes e dos cuidadores informais, ao SF-36 v2</i>	52
Tabela 18 - <i>Descrição das diferenças entre as respostas dos idosos dependentes e dos cuidadores formais, ao WHOQOL-Bref</i>	53
Tabela 19 - <i>Descrição das diferenças entre as respostas dos idosos dependentes e dos cuidadores formais, ao SF-36v2</i>	54

Índice de Anexos

Anexo A – Protocolo de investigação apresentado à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e à Diretora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde Loures Odívelas

Anexo B – Autorização de investigação da Diretora Executiva do Agrupamento de centros de Saúde Loures Odívelas

Anexo C – Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Anexo D – Consentimento Informado para os idosos dependentes

Anexo E – Consentimento Informado para os cuidadores

Anexo F – Questionário sociodemográfico para o idoso dependente

Anexo G – Questionário sociodemográfico para o cuidador informal

Anexo H – Questionário sociodemográfico para o cuidador formal

Anexo I – Questionário de perceção da Qualidade de Vida, WHOQOL-BREF

Anexo J – Questionário de perceção de Estado de Saúde, SF-36 v2

Anexo K – Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, ESC

Anexo L – Inventário de *Burnout* de Copenhaga, IBC

Introdução

Com o aumento da esperança média de vida surge a questão: viver mais significa viver melhor? Neste âmbito, a qualidade de vida parece determinante para que o aumento da esperança média de vida seja algo positivo para a espécie humana. Muitos serão aqueles que afirmarão preferir a morte a uma longa vida vegetativa, a uma vida percecionada como sem qualidade, no fundo.

Os idosos são, então, uma população especialmente suscetível a uma diminuta perceção de qualidade de vida. As doenças crónicas alteram a funcionalidade do corpo humano, e podem, muitas vezes, conduzir a situações de dependência e assim interferir com os hábitos diários tanto do próprio idoso dependente como do cuidador informal, que vê a sua vida condicionada à prestação de cuidados. Assim, para além de o idoso dependente percecionar uma qualidade de vida inferior desde o diagnóstico ou com a evolução do processo de doença, o próprio cuidador informal poderá ver a sua própria qualidade de vida diminuída, uma vez que adquiriu um novo papel na sua vida com um fator emocional bastante forte, que requer um reorganizar de rotinas e papéis sociais.

Também para o cuidador formal esta realidade é transformadora. O cuidar, ainda que de forma profissional, de idosos dependentes, implica um constante contato com a degradação da vida humana e uma relação face-a-face com a ideia de um fim. Assim, é importante perceber de que forma este tipo de trabalho influencia a sua qualidade de vida, bem como o seu *burnout*.

No primeiro capítulo desta dissertação, serão abordadas as características principais inerentes às condições de idoso dependente, cuidador formal e cuidador informal e apresentados os conceitos gerais relativamente às variáveis de estudo. Seguidamente, o segundo capítulo aborda todo o processo metodológico desta investigação, incluindo a

caracterização da amostra, dos instrumentos utilizados, a descrição do processo de recolha de dados e do tratamento estatístico destes. O terceiro capítulo engloba todos os resultados obtidos a partir da análise estatística dos dados. O quarto capítulo apresenta a discussão dos resultados. Por último, o quinto capítulo aborda as conclusões e limitações deste estudo, bem como sugestões para futura investigação.

Capítulo 1. Enquadramento teórico

Neste enquadramento teórico pretende-se caracterizar a população idosa dependente, focando as alterações características desta faixa etária, especificamente aquelas que contribuem para a perceção de Qualidade de Vida. Depois, são caracterizados também os cuidadores informais e formais, quanto aos fatores de impacto na experiência de cuidar.

1. Idoso

1.1. Idosos em Portugal

De acordo com o INE (2015), a diminuição da natalidade e o aumento da esperança média de vida levaram ao decréscimo das populações jovem e ativa, e ao aumento da população idosa. Em 2000 o número de idosos superou, pela primeira vez, o número de jovens, sendo registados, em 2014, os dados de 141 idosos para cada 100 jovens. Nesse ano, 20,3% da população portuguesa era idosa.

Assim, esta faixa etária encontra-se em constante crescimento, o que acentua a pertinência do estudo das alterações que lhe estão associadas, bem como da sua forma de ver a vida, especificamente em contexto de dependência.

1.2. Envelhecimento e dependência

O envelhecimento é um processo complexo e irreversível de transformações do indivíduo, nas diferentes dimensões que o constituem (Schneider & Irigaray, 2008). Este decorre dos processos de diferenciação e crescimento, para os quais contribui a interação das características intrínsecas do indivíduo com aquelas do meio em que esteve inserido ao longo da vida (Figueiredo, 2007). Ainda que o envelhecimento seja algo inerente à espécie humana, não é um fenómeno vivido e manifestado de forma igual por todos. O processo de envelhecimento tem como característica uma grande variabilidade inter e intra-individual.

Isto é, podemos encontrar indivíduos com a mesma idade e com níveis de envelhecimento diferentes, bem como um mesmo indivíduo com diferentes padrões de envelhecimento consoante cada uma das suas diferentes faculdades (Whitbourne, 2002) (Botelho, 2005).

Em termos físicos, o idoso é confrontado com alteração do seu aspeto, o que se apresenta como um desafio e exige a adaptação à identidade de idoso. Mais, com o avançar das alterações do corpo e com a perda de capacidades funcionais e autonomia, o idoso pode ser confrontado com uma situação de dependência (Silva, 2005). Esta dependência deriva das perdas funcionais devidas à evolução ou ao aparecimento de condições de doença crónica; aos processos que, apesar de eventualmente reversíveis, tornam o idoso temporariamente dependente; ou devido ainda à perda de Vitalidade decorrente do natural envelhecimento do organismo mediado por fatores internos e externos ao indivíduo (Figueiredo, 2007).

Botelho (2005) estabelece quatro possíveis fases na progressão na disfunção: independência (ausência da necessidade de qualquer apoio); autonomia (manutenção das capacidades com recurso a auxiliares mecânicos); incapacidade (necessidade de auxílio de terceiros para a realização das atividades); e dependência (quando há necessidade de que sejam os outros a realizar a tarefa pelo próprio).

Neste âmbito, a autora distingue ainda dois tipos de atividades segundo as quais é avaliada a funcionalidade do indivíduo: atividades básicas da vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD). São consideradas AVD aquelas atividades que têm como objetivo o autocuidado, como as relacionadas com a mobilidade ou a higiene. As AIVD são as que implicam uma relação com o meio ambiente, como fazer compras, utilizar o telefone, ou gerir o dinheiro (Botelho, 2005).

A adaptação às alterações decorrentes do processo de envelhecimento implica a compensação daquilo que foi perdido, recorrendo a novas estratégias de pensamento e de

resolução de problemas, características da experiência de vida de cada indivíduo (Paúl, 2005). Neste âmbito, têm impacto todas as características biopsicossociais do idoso, que influenciarão a tal adaptação.

No sentido de homogeneizar um pouco a classificação dos idosos dependentes, e resumir todo o processo de perda de capacidades, a *World Health Organization* [WHO](2004) através do documento “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde” (CIF) propõe um modelo multidimensional de classificação da funcionalidade e deficiência. Neste modelo, incluem-se não só os fatores físicos do indivíduo, mas também o contexto em que está inserido e as suas características intrínsecas. Neste sentido é introduzido o conceito de *desempenho* como aquilo que o indivíduo é capaz de realizar, no ambiente em que vive. A CIF define então que a funcionalidade de um indivíduo, que lhe permite determinado desempenho num domínio específico, resulta da interação complexa entre a condição de saúde e o contexto. Neste sentido, compreende a adaptação do indivíduo às condições de saúde, pela manipulação do meio, e pressupõe que a incapacidade não é, necessariamente, preditora de falta de funcionalidade e que pode ser colmatada pela adaptação do indivíduo e do contexto à condição de saúde.

Todas estas alterações decorrentes do processo de envelhecimento mudam a forma como o idoso percebe o seu mundo, tendo assim grande influência na sua QdV.

1.3. Qualidade de vida (QdV) e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QdVRS) nos idosos

A Qualidade de Vida (QdV) é definida pela WHO (1997) como a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais

está inserido, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (p. 1). Este conceito engloba, então, três aspetos fundamentais: a subjetividade (decorrente do facto de se basear na perceção de cada indivíduo); a multidimensionalidade (uma vez que inclui várias dimensões como a física e a psicológica); e a presença de dimensões positivas e negativas (uma vez que não tem apenas em conta os extremos positivos de cada dimensão) (Fleck, et al., 1999).

Desta forma, para uma visão correta da QdV, é necessário que a vejamos como um conceito que inclui variáveis sociais, ambientais, psicológicas e físicas, considerando as reações do indivíduo às ocorrências da vida, a sua disposição e o seu sentimento de satisfação com a vida profissional e pessoal (Theofilou, 2013). Este conceito dá também importância aos sistemas culturais de construção de significados, bem como aos valores e preferências pessoais (Paredes, et al., 2008).

Assim, o conceito de QdV pode ser dividido em duas áreas: objetiva e subjetiva. A área objetiva inclui as condições objetivas de vida, como a segurança, ou o número de contactos familiares. A área subjetiva engloba a satisfação do indivíduo com as suas condições objetivas de vida (Lehman, 1988).

Walker (2005) salienta que os fatores que influenciam a QdV não diferem consoante a idade, sendo assim a prioritização destes fatores na construção da perceção da QdV o fator responsável pelas mudanças ao longo das diferentes faixas etárias. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002/2005) apresenta a qualidade de vida no envelhecimento como um conceito amplo e subjetivo, que inclui a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais, e a relação com o ambiente, do indivíduo idoso. O envelhecimento bem sucedido, portanto com melhor QdV, relaciona-se mais fortemente com a manutenção das condições de autonomia e

funcionalidade física e psicológica, e não apenas a ausência de doença. (Ferreira, Maciel, Costa, Silva, & Moreira, 2012).

Walter & Lowenstein (2009) salientam os fatores a ter em conta para compreender a QdV nos idosos. Primeiro, dado o caráter multidimensional, dinâmico, subjetivo e complexo do conceito de qualidade de vida, um maior período de vida indica uma maior influência de diversos fatores internos e externos ao indivíduo que contribuem para esta percepção de qualidade de vida. Em segundo lugar, na QdV dos idosos têm impacto, não só todos os aspetos relativos ao curso da vida, como também aqueles situacionais mais imediatos. O terceiro fator a considerar é a variabilidade de fatores preditores da QdV nos idosos, uma vez que aquilo que é valorizado por estes para a construção da percepção da própria QdV apresenta grandes diferenças consoante a cultura do idoso. Por último, os autores apontam como quarto aspeto a importância da percepção do idoso acerca da sua saúde e bem-estar psicológico, em detrimento de indicadores económicos ou demográficos, na explicação da variabilidade dos resultados acerca da QdV.

Devido ao envelhecimento biológico característico desta faixa etária, o aparecimento de doenças crónicas e limitações a nível físico apresenta-se como um fator que altera a saúde objetiva dos idosos, bem como a sua percepção de saúde. Esta alteração terá, como explicado anteriormente, influência na QdVRS dos idosos e, consequentemente, na percepção de QdV.

De acordo com a definição de saúde da WHO (1997), “estado de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doença” (p. 1), surge o conceito de Qualidade de Vida relacionada com a Saúde (QdVRS). Este é definido por Bowling (2001) como o nível ótimo de funcionamento mental e físico, de desempenho de papéis e de funcionamento social. Inclui as relações sociais, as percepções de saúde, de *fitness*, de satisfação com a vida e de bem-estar. Alguns autores referem também que o conceito de

QdVRS pode ser entendido como uma dimensão mais restrita da QdV geral, focando os aspetos em que a saúde influencia a vida do indivíduo (Gonçalves, 2012; Fernández-Mayoralas, 2007).

Assim, o conceito de QdV aparece também associado à percepção de saúde, na medida em que os idosos que referem uma melhor percepção de saúde são aqueles que também reportam melhor percepção de QdV (Fonseca, Paúl, Martín, & Amado, 2005).

1.4. Estado funcional e QdVRS

A relação entre o estado funcional do indivíduo e a percepção do seu estado de saúde foi anteriormente estudada por Hoeymans, Feskens, Kromhout e Van der Bos (1997). Os autores concluíram que ao longo da idade esta relação perde a sua força, uma vez que, para os idosos mais velhos, ainda que o estado funcional diminua, a percepção de estado de saúde mantém-se constante. Esta investigação sugeriu que apenas as incapacidades a nível das atividades básicas da vida diária, como fazer a higiene diária ou vestir-se, e da mobilidade, ser capaz de sair de casa ou de subir escadas, tinham algum impacto na percepção de saúde. Por outro lado, as incapacidades relativas a atividades instrumentais da vida diária, como cozinhar e fazer trabalhos domésticos, não revelaram qualquer impacto na percepção de saúde dos participantes (Hoeymans et al., 1997).

Ainda no estudo de Hoeymans et al. (1997), nas respostas relativas à percepção do estado de saúde, os idosos basearam-se apenas no nível de incapacidade atual, e não no facto de este ter sofrido alguma alteração nos últimos anos. Assim, estes autores sugerem que o processo de adaptação a estas novas limitações pode influenciar a manutenção da percepção de saúde, mesmo com o aumento do nível de incapacidade.

Nos estudos relativamente ao estado de saúde dos idosos, os cuidadores informais são vistos como uma outra fonte de informação, para além do próprio, o que possibilita uma imagem mais alargada acerca do processo de doença. Especificamente, no que concerne à visão dos cuidadores acerca da qualidade de vida dos alvos de cuidado, esta é mais precisa perante o domínio Funcionamento Físico. Por outro lado, tal é menos ajustada às respostas das pessoas alvo de cuidados nos domínios do funcionamento psicossocial. (Milne, et al., 2006). Deste modo, sugere-se que os cuidadores informais se apresentam como bons informadores quanto ao estado de saúde do idoso cuidado relativamente àquilo que são os aspetos objetivos e observáveis da sua saúde.

Por outro lado, Ricci, Kubota e Cordeiro (2005) avaliaram a concordância entre as perspetivas dos cuidadores informais e formais, relativamente aos idosos e concluíram que não existem diferenças significativas entre estas. Assim, sugere-se que qualquer um dos tipos de cuidador é um bom relator relativamente à capacidade funcional de idosos, variável avaliada no estudo mencionado. Porém, existe ainda pouco consenso relativamente a quais dos cuidadores têm uma perceção mais próxima da do idoso dependente, relativamente à sua QdV e estado de saúde.

De um modo geral, um pior estado de saúde dos idosos dependentes sugere um maior grau de dependência e necessidade de auxílio para a realização das atividades diárias. Em primeira instância, são os familiares quem se encontra mais próximo, fisicamente, para suprir estas necessidades, e são também aqueles que são ouvidos quando se pretende ter uma outra visão acerca do mesmo processo de doença. Assim, é importante perceber um pouco o que é a realidade de um cuidador informal, a fim de entender quais as variáveis que interferem neste hétero-relato acerca do idoso dependente.

2. Cuidador informal

2.1. Definição

O cuidador informal é definido como o familiar, vizinho ou amigo próximo que presta cuidados de forma não remunerada e regular (Figueiredo, 2007). Assim, esta forma informal de cuidados é prestada ao indivíduo cuja incapacidade o impede de gerir todos os seus aspetos da vida diária (como os cuidados pessoais, a alimentação ou a mobilidade), com o objetivo de realizar as atividades necessárias para que viva com dignidade (Figueiredo, 2007). O papel do cuidador informal é assumido, não de forma voluntária, mas devido à necessidade e degradação do estado de saúde do outro (Aneshensel et al., 1995).

O processo de cuidar implica, não apenas a repetição de ações mecânicas, mas o cuidado e adaptação às necessidades do outro (Aneshensel et al., 1995). Squire (2005, como citado por Figueiredo, 2007) define a prestação de cuidados como sendo constituída por três dimensões: responsabilidade de tomar conta de alguém, responder e satisfazer as necessidades de alguém; e sentir preocupação, interesse, consideração e afeto pela pessoa de quem se cuida.

Relativamente às características dos cuidadores, Ávila-Toscano e Vergara-Mercato (2014) sugerem que o género é uma variável importante para a definição do papel como cuidador, do tempo de cuidado e da vinculação emocional ao doente, sendo que as mulheres prestam cuidado a um maior número de pessoas (como os pais, os filhos e os parceiros), enquanto os homens dedicam as suas ações de cuidado maioritariamente às suas parceiras. Também Figueiredo (2007) defende que, tradicionalmente, a tarefa de cuidar de um idoso cabe ao familiar feminino mais próximo. Esta pode recair primeiramente sobre o conjugue, que será substituído pela filha quando incapacitado, ou pelo filho, que habitualmente transfere a tarefa de prestação de cuidados para a sua esposa. A autora sugere como

explicação o enquadramento da prestação de cuidados a um familiar dependente nas tarefas do âmbito doméstico, como o cuidar da casa e dos filhos.

Perante tudo isto, e tendo em conta a natureza da relação entre o cuidador informal e o indivíduo alvo de cuidados, torna-se importante perceber o impacto da prestação de cuidados na vida do próprio cuidador.

2.2 Cuidador informal e QdV, QdVRS e sobrecarga

Os esforços requeridos pelo cuidado de um idoso dependente originam uma deterioração das condições gerais da qualidade de vida e alteração dos padrões de conduta, socialização e integração familiar do cuidador. Assim, no estudo de Àvila-Toscano e Vergara-Mercato (2014) foi verificado um nível baixo nos domínios de relações sociais, saúde física e saúde psicológica dos cuidadores informais.

Os fatores sociodemográficos, o apoio social fornecido ao cuidador e os fatores associados à dinâmica do cuidado (alteração de rotinas, adoção de novos papéis) podem influenciar negativamente a QdV dos cuidadores informais (Ferreira, Alexandre, & Lemos, 2011). Thomas, Saunders, Roland e Paddison (2015) concluíram que os cuidadores informais experienciam pior QdVRS do que os indivíduos que não assumem tal papel.

A adoção do papel de cuidador de um familiar idoso doente, em contexto informal, apresenta-se como um fator causador de *stress* requerendo ajustamento a novas circunstâncias por parte do cuidador. A perceção desta experiência como negativa (pelos cuidados que são necessários, pela relação que o cuidador tem com o doente, ou pelas mudanças que causou no ambiente, por exemplo) leva o cuidador a experienciar aquilo que é definido como sobrecarga (Gräbel & Adabbo, 2011). Assim, a sobrecarga está associada à

diminuição da qualidade de vida do cuidador principal e é consequente ao nível de dependência do alvo de cuidados (Sequeira, 2010). Os cuidadores cônjuges apresentam pior qualidade de vida e mais sintomatologia ansiosa, quando comparados com cuidadores filhos adultos e outros tipos de cuidadores (Pereira & Carvalho, 2012).

O termo sobrecarga designa as consequências decorrentes do contacto próximo com uma pessoa doente, sendo possível distinguir dois tipos: objetiva e subjetiva (Sequeira, 2010).

A sobrecarga objetiva é consequente do nível de dependência da pessoa alvo de cuidado e reflete as consequências da interação do cuidador com os sintomas e comportamentos do cuidado (Schene, 1900, como citado por Sequeira, 2010). Por outro lado, a sobrecarga subjetiva decorre da percepção que o cuidador tem acerca das consequências do ato de cuidar (Sequeira, 2010).

De acordo com Aneshensel et al. (1995), da experiência de prestação de cuidados advêm muitos stressores primários e secundários, que se relacionam não só com esta experiência mas também podem influenciar outras áreas da vida.

Os stressores primários são definidos como aqueles que decorrem das dificuldades do doente devido à sua doença. Envolvem as características objetivas do cuidado (como lidar com as limitações funcionais do doente) e as condições subjetivas decorrentes das primeiras (como a sobrecarga das tarefas requeridas) (Aneshensel et al., 1995).

Por outro lado, os stressores secundários advêm do impacto da experiência de cuidar em áreas da vida independentes desta experiência (como a vida profissional), uma vez que os cuidadores veem a sua interação com estas áreas condicionada, pelo menos parcialmente, pelo seu papel de cuidador. Um cuidador informal que esteja empregado, por exemplo, experienciará maiores níveis de *stress* durante as horas de trabalho uma vez que poderá ter

que as interromper a qualquer altura por necessidade de auxílio ao doente (Aneshensel et al., 1995).

De acordo com Pereira e Carvalho (2012), a diminuição da QdV dos cuidadores informais está associada ao aumento da sobrecarga e morbilidade psicológica (depressão, ansiedade traço e estado). Por outro lado, a melhor satisfação com os amigos e menor morbilidade psicológica do cuidador relacionam-se com uma diminuição da sobrecarga. Assim, podemos ponderar que a ausência de morbilidade psicológica e uma vida social satisfatória são fatores protetores da sobrecarga nos cuidadores informais.

Todos estes fatores influenciam a relação entre o cuidador informal e o idoso dependente e a forma como o primeiro vive a experiência de cuidados. Neste sentido, dado o impacto desta experiência em qualquer um dos intervenientes, é importante perceber também como tal é vivida pelo cuidador formal, o outro elemento que estabelece uma relação de prestação de cuidados com o idoso dependente.

3. Cuidador formal

3.1. Definição

O cuidador formal é definido como o profissional de saúde que exerce uma profissão para a qual teve formação específica e pela qual optou de livre vontade (Oliveira, Queirós, & Guerra, 2007). Nesta definição estão também incluídas todas as especificidades e direitos associados à vida profissional, como a existência de horário de trabalho, período de férias, e remuneração.

3.2. Cuidador formal, QdVRS e *burnout*

A experiência de cuidar tem influência, não só na pessoa alvo de cuidados, mas também no próprio cuidador, ainda que o seja no âmbito profissional. No estudo de Ferreira, Alexandre e Lemos (2011), os cuidadores formais apresentaram pior desempenho no domínio geral de saúde, em comparação com os cuidadores informais. Também Cardiga (2014) aponta a correlação positiva entre um maior número de sintomas psicopatológicos indicados e as horas de trabalho, bem como a associação entre estes sintomas e uma diminuição da QdV. Por sua vez, uma baixa QdV está relacionada com uma elevada vulnerabilidade ao *stress* (Silva, 2015), o que, vivido em contexto profissional, origina a experiência de *burnout*.

De acordo com Schaufeli e Greenglass (2001), o *burnout* é definido como um estado de exaustão física, emocional e mental, que resulta do envolvimento de longo prazo em situações de trabalho emocionalmente exigentes. É, assim, um estado que resulta de um processo gradual onde se experiencia um desequilíbrio entre as exigências relativas ao trabalho desempenhado e os recursos pessoais ou profissionais que o trabalhador tem para responder a essas exigências (Maslach & Leiter, 1997)

No estudo de Vicente e Oliveira (2015) os autores concluíram que a exaustão emocional se apresentou como a dimensão central no *burnout*, originando sentimentos de desmotivação e frustração, em profissionais que se relacionam diretamente com idosos dependentes. Por sua vez, esta exaustão emocional foi desencadeada por fatores relativos à burocracia inerente ao trabalho, ao excesso de trabalho, à fraca participação nas tomadas de decisão e à complexidade do trabalho desempenhado. O facto dos participantes daquele estudo manterem relações diretas com situações complexas de doenças crónicas associadas a situações de morte e de perda de capacidades, foi também um fator promotor da exaustão emocional, e consequente *burnout*.

Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) definiram alguns dos fatores pessoais e profissionais que predis põem a vivência da experiência de *burnout*. Quanto aos fatores pessoais, são identificadas várias características sociodemográficas associadas à experiência de *burnout*. A idade aparece como o fator mais fortemente relacionado com esta experiência, sendo os cuidadores formais mais jovens aqueles que são mais vulneráveis à experiência de *burnout*, bem como os que se encontram em início de carreira. O género, ainda que não tão fortemente relacionado, parece também apresentar-se como preditor da forma como é vivido o *burnout*. Relativamente ao estado civil, os autores defendem que os indivíduos solteiros apresentam maior propensão para a vivência de *burnout* do que os casados ou até do que os indivíduos divorciados (Maslach et al., 2001).

Quanto aos fatores profissionais, os indivíduos com mais habilitações literárias são aqueles que reportam maiores níveis de *burnout*. No entanto, os autores afirmam que tal se pode dever à relação entre o grau académico e a posição ocupada no mercado de trabalho (Maslach et al., 2001).

O trabalho em instituições de saúde requer um contacto próximo com doentes, sendo esta interação marcada, não só pelos cuidados propriamente ditos, mas também pelos estados emocionais causados pela vivência de um estado de doença. Perante isto, o profissional de saúde vê-se inserido numa situação em que a solução não é facilmente atingível, o que adicionará a sua própria frustração a todas as outras emoções que já faziam parte da interação doente-profissional. Para este profissional de saúde, esta constante necessidade de lidar com as várias exigências, profissionais e emocionais representa um risco de *burnout* (Maslach & Jackson, 1981).

De entre os modelos existentes, aqui é aprofundado o modelo de Kristensen, Borritz, Villadsen e Christensen (2005). Este modelo define três domínios de *burnout*: o *burnout* pessoal, o *burnout* relacionado com o trabalho e o *burnout* relacionado com o utente.

No primeiro domínio, *burnout pessoal*, estão incluídas as variáveis relativas ao profissional, como a exaustão física e psicológica, nem sempre relacionado com algum aspeto específico, mas experienciados de uma forma geral pelo próprio. Por isto, engloba uma visão mais geral da exaustão percebida (Kristensen et al., 2005).

O segundo domínio, *burnout relacionado com o trabalho*, contempla a fadiga física e psicológica associada ao contexto laboral (Kristensen, et al., 2005).

Por último, o domínio *burnout relacionado com o utente*, à semelhança do anterior, relaciona-se com a exaustão física e psicológica relativa ao trabalho, com especial ênfase na relação utente-profissional (Kristensen, et al., 2005).

No estudo de Cardiga (2014), uma maior perceção de *burnout* está relacionada com uma menor perceção de QdV. Especificamente, o maior *burnout* pessoal, relaciona-se com uma menor QdV geral e no domínio ambiente. O maior *burnout no trabalho* associa-se com uma menor QdV no domínio psicológico. Por último, a maior perceção de *burnout* relacionado com o utente está associada a um menor valor no domínio físico da QdV.

O *burnout* como manifestação de *stress* prolongado, parece ser assim mediado pelas estratégias de *coping* utilizadas. O *coping* é definido por Lazarus e Folkman (1984) como as estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas para lidar com as exigências externas ou internas, decorrentes de situações para as quais os recursos pessoais não são suficientes.

As estratégias de *coping* são apenas uma das variáveis que influencia a experiência de *burnout*, e que faz com que esta seja vivida de forma diferente consoante o próprio cuidador

formal. Porém, existem também fatores associados ao contexto de trabalho e à relação com o idoso dependente que são condições comuns predisponentes à experiência de *burnout*.

4. O presente estudo

Com o aumento do número de idosos em Portugal, torna-se cada vez mais necessário explorar as características próprias desta faixa etária. Mais, o envelhecimento é um processo idiossincrático, assim como toda a experiência adquirida ao longo da vida, que evolui no sentido da perda de capacidades do idoso e na vivência de uma situação de dependência do outro.

Assim, o estudo desta relação entre o cuidador e o idoso dependente torna-se algo igualmente fulcral na sociedade atual, uma vez que será um tipo de relação que irá também sofrer aumentos proporcionais ao número de idosos dependentes. Neste sentido, torna-se também importante conhecer um pouco mais da natureza da relação idoso dependente-cuidador, bem como as perspetivas de cada um dos intervenientes. Esta informação poderá ser importante no sentido de perceber qual dos dois tipos de cuidadores se apresenta como melhor relator da QdV e estado de saúde dos idosos dependentes.

Desta forma, esta investigação pretende caracterizar os idosos dependentes, bem como os seus cuidadores informais e formais, e averiguar a proximidade das suas perspetivas. Posto isto, são assim definidos vários objetivos. Relativamente aos idosos dependentes pretende-se: (1) caracterizar a população da amostra de idosos dependentes quanto à sua perceção de QdV, e estado de saúde; e (2) explorar a relação entre a perceção de QdV e de estado de saúde, na população da amostra de idosos dependentes. No que concerne aos cuidadores informais, os objetivos são: (1) caracterizar a população da amostra de cuidadores informais

quanto à sua percepção de QdV e sobrecarga; (2) explorar a associação entre a QdV e a percepção de sobrecarga, na amostra de cuidadores informais; e (3) explorar a associação entre a percepção dos cuidadores informais acerca da QdV e do estado de saúde dos idosos dependentes. Quanto aos cuidadores formais, foram definidos os seguintes objetivos: (1) caracterizar a população da amostra de cuidadores formais quanto à sua percepção de QdV e *burnout*; (2) explorar a associação entre a percepção de QdV e percepção de *burnout*, na amostra de cuidadores formais; e (3) explorar a associação entre a percepção que os cuidadores formais têm acerca da QdV e do estado de saúde dos idosos dependentes. Por último, foram também estabelecidos objetivos relativamente às díades cuidador (formal e informal) -idoso dependente: (1) caracterizar a diferença entre a perspectiva do idoso dependente e a do cuidador informal; (2) caracterizar a diferença entre a perspectiva do idoso dependente e a do cuidador formal; e (3) explorar a relação entre as diferenças das respostas na díade idoso dependente-cuidador informal e as diferenças das respostas na díade idoso dependente-cuidador formal.

No capítulo seguinte será apresentada a metodologia adotada para a conclusão destes objetivos, bem como a caracterização da amostra e dos instrumentos utilizados.

Capítulo 2. Metodologia

1. Desenho da investigação /Caracterização metodológica do estudo

Este estudo apresenta uma abordagem quantitativa com utilização de instrumentos de auto e hétero-relato como método de recolha de dados. Estes foram recolhidos apenas num momento, tendo a investigação um carácter transversal. Este é um estudo correlacional, uma vez que tem como objetivos a caracterização da população de idosos dependentes, dos seus cuidadores formais e seus cuidadores informais e das suas perspetivas face a diferentes instrumentos; e a caracterização e comparação de perspetivas de diferentes tipos de população (i. e. idosos dependentes, cuidadores informais e cuidadores formais) face aos mesmos instrumentos.

2. Amostra

A amostra utilizada na presente investigação foi de conveniência. A recolha de dados foi feita em dois períodos distintos e depois integrada na mesma base de dados. No primeiro período, os dados foram recolhidos junto dos utentes do Centro Social e Paroquial da Penha de França. No segundo período, os participantes foram escolhidos de entre a população que é assistida pela UCC de Sacavém. Esta seleção dos participantes teve como critérios de inclusão: ser idoso dependente, ter mais de 60 anos, estar consciente e orientado (sem demência avançada), ser capaz de comunicar (foram excluídos os participantes com deficiências visuais e auditivas, e ainda aqueles com incapacidade de comunicar oralmente), e ter, pelo menos, um cuidador.

2.1. Caracterização da amostra

2.1.1. Idosos dependentes

Tabela 1

Características sociodemográficas dos idosos dependentes (n=52)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	80,60	6,475	62	95
Frequência (%)				
Gênero	Feminino/ Masculino		43 (82,7%) / 9 (17,3%)	
Estado civil	Solteiro		9 (17,7%)	
	Casado		13 (25,5%)	
	Separado		1 (2%)	
	Divorciado		5 (9,8%)	
	Viúvo		23 (45%)	
Habitação	Lar		7 (13,5%)	
	Centro de dia		23 (44,2%)	
	Residência assistida		2 (3,8%)	
	Domicílio		20 (38,5%)	
Escolaridade	Sem escolaridade		13 (25%)	
	1º Ciclo		30 (57,7%)	
	2º Ciclo		1 (1,9%)	
	3º Ciclo		2 (3,8%)	
	Secundário		4 (7,7%)	
	Superior		2 (3,8%)	
Visão	Vê bem		4 (7,7%)	
	Vê bem com óculos		29 (55,8%)	
	Vê mal mesmo com óculos		12 (23,1%)	
	Não vê bem		7 (13,5%)	
Audição	Ouve bem		39 (75%)	
	Ouve bem com aparelho		2 (3,8%)	
	Ouve mal mesmo com aparelho		1 (1,9%)	
	Ouve mal		10 (19,2%)	
Tratamento regular	Sim / Não		34 (65,4%) / 18 (34,6%)	
Medicação regular	Sim / Não		49 (94,2%) / 3 (5,8%)	
Reformado	Sim / Não		1 (1,9%) / 51 (98,1%)	
Agregado habitacional	Vive Sozinho / Acompanhado		29 (55,8%) / 23 (44,2%)	
Prática de atividades fora de casa	Sim / Não		28 (53,8%) / 24 (46,2%)	
Prática de atividades em casa	Sim / Não		51 (98,1%) / 1 (1,9%)	
Frequência de saída de casa	Todos os dias		21 (40,4%)	
	Algumas vezes por semana		12 (23,1%)	
	Algumas vezes por mês		2 (3,8%)	
	Raramente		7 (13,5%)	
	Nunca		10 (19,2%)	
Manutenção de relações de convívio com amigos ou vizinhos	Regularmente		39 (75%)	
	Raramente		7 (13,5%)	
	Não		6 (11,5%)	

A amostra é composta por 52 idosos dependentes, dos quais 9 são homens e 43 são mulheres, com idades compreendidas entre os 62 e os 95 anos, sendo a média das idades 80,6 anos. Desta amostra, 9 (17,6%) indivíduos são solteiros, 13 (25,5%) são casados, 1 (2%) é separado, 23 (9,8%) são divorciados e 23 (45,1%) idosos dependentes são viúvos. A maioria dos idosos dependentes incluídos neste estudo está reformada, correspondendo a 98,1% da amostra.

Relativamente às condições em que vivem e em que lhes é prestado cuidado, 7 (13,5%) idosos dependentes encontram-se no lar do Centro Social e Paroquial da Penha de França, 23 (44,2%) frequentam o centro de dia, 2 (3,8%) habitam numa residência assistida, e 20 (38,5%) recebem apoio ao domicílio.

Da amostra de idosos dependentes, 34 (65,4%) reportam ter acompanhamento médico regular, e 49 (94,2%) referem tomar medicação de forma regular.

Quanto às capacidades de visão, destes 52 idosos dependentes 4 (7,7%) veem bem, 29 (55,8%) veem bem com óculos, 12 (23,1%) veem mal mesmo usando óculos e 7 (13,5%) não veem bem. No que concerne às capacidades auditivas, a maioria dos idosos dependentes (39, 75%) ouve bem 2 (3,8%) ouve bem com aparelho, 1 (1,9%) ouve mal mesmo utilizando um aparelho e 10 (19,2%) ouve mal.

29 (55,8%) dos 52 idosos dependentes questionados vivem sozinhos, 39 (75%) mantêm relações de convívio com amigos ou vizinhos, e 21 (40,4%) saem de casa regularmente. A maior parte desta amostra reporta realizar atividades fora de casa (53,8%), e 98,1% refere realizar atividades em casa.

2.1.2. Cuidadores informais

A amostra é constituída por 28 cuidadores informais, sendo que 16 (57,1%) são mulheres e 12 (42,9%) são homens. As idades estão compreendidas entre os 35 e os 88 anos,

sendo a sua média de 60,04 anos. Quanto ao estado civil, 1 (3,6%) está solteiro, 21 (75%) dos cuidadores informais encontram-se casados ou em união de facto e 6 (21,4%) reportam estar divorciados ou separados.

Tabela 2

Características sociodemográficas dos cuidadores informais dos idosos dependentes (n=28)

	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	60,04	56,00	13,304	35	88
Frequência (%)					
Género	Feminino/ Masculino		16 (57,1%) / 12 (42,9%)		
Estado Civil	Solteiro		1 (3,6%)		
	Casado /Em união de facto		21 (75%)		
	Separado Divorciado		6 (21,4%)		
Grau de parentesco do cuidador com o idoso dependente	Cônjuge		7 (25%)		
	Filho (a)		15 (53,6%)		
	Irmão (a)		1 (3,6%)		
	Nora/ Genro		1 /3,6%)		
	Outro membro da família		4 (14,3%)		
Habilitações Literárias	1º ciclo do ensino básico (4ª classe)		6 (21,4%)		
	2º ciclo do ensino básico (Ensino preparatório)		2 (7,1%)		
	3º ciclo do ensino básico (9º ano)		4 (14,35%)		
	Ensino secundário (12º ano)		6 (21,4%)		
	Curso médio		1 (3,6%)		
	Ensino superior		9 (32,1%)		
Filhos a cargo	Nenhum		18 (64,3%)		
	1		4 (14,3%)		
	2		5 (17,9%)		
	3		1 (3,6%)		
Distância física entre o cuidador e o idoso dependente	Vivem na mesma casa		12 (42,9%)		
	Vivem no mesmo bairro/rua		4 (14,3%)		
	Vivem na mesma terra (a menos de 10 Km)		6 (21,4%)		
	Vivem em terras próximas (menos de 30 Km)		5 (17,9%)		
	Vivem a mais de 30 Km de distância		1 (3,6%)		
Duração da relação de cuidados	Entre 6 meses e 1 ano		5 8 (17,9%)		
	Entre 1 a 2 anos		3 (10,7%)		
	Entre 3 a 5 anos		7 (25,0%)		
	Mais de 5 anos		13 (46,4%)		
Horas, por semana, ocupadas com a prestação de cuidados	0 a 8 horas		12 (42,9%)		
	9 a 20 horas		2 (7,1%)		
	21 a 40 horas		6 (21,4%)		
	Mais de 41 horas (ou cuidados permanentes)		8 (28,6%)		
Outros colaboradores na tarefa de cuidados	Sim		15 (53,6%)		
	Não		13 (46,4%)		

No que concerne ao grau de parentesco entre o cuidador informal e a pessoa alvo de cuidados, 7 (25%) têm o papel de cônjuge ou companheiro, 15 dos cuidadores informais (53,6%) são filhos do idoso dependente, 1 é irmão(ã) (3,6%), 1 é nora/genro (3,6%), e 4 reportam ser outros membros da família (14,3%). Relativamente à proximidade física entre os cuidadores informais e os idosos dependentes, 12 (42,9%) dos cuidadores informais mora na mesma casa do idoso dependente, 4 (14,3%) vivem no mesmo bairro/rua, 6 (21,4%) vivem a menos de 10 quilómetros, 5 (17,9%) vivem numa terra próxima a menos de 30 quilómetros, e 1 (3,6%) vive a mais de 30 quilómetros de distância do idoso dependente.

Relativamente às habilitações literárias, 6 (21,4%) dos cuidadores informais concluíram o primeiro ciclo do ensino básico, 2 (7,1%) concluíram o segundo ciclo do ensino básico, 4 (14,3%) concluíram o 9º ano de escolaridade, 6 (21,4%) concluíram o ensino secundário, 9 (17,3%) concluíram o ensino superior, e 1 (3,6%) concluiu o ensino médio.

No que diz respeito ao período decorrido desde o início da prestação de cuidados, a maioria dos cuidadores refere prestar cuidados ao idoso dependente em questão há mais de 5 anos (46,4%). Por outro lado, 42,9% dos cuidadores informais referem ocupar um período entre 0 e 8 horas semanais com a atividade de prestação de cuidados. E 53,6% menciona ter a colaboração de outra pessoa na atividade de prestação de cuidados.

2.1.3. Cuidadores formais

A amostra dos cuidadores formais dos idosos dependentes é constituída por 16 cuidadores formais, dos quais 14 (87,5%) são mulheres, e 2 (12,5%) são homens, com idades compreendidas entre os 25 e os 61 anos, sendo a média destas 42,75 anos. Destes 16 cuidadores informais, 3 (18,8%) são solteiros, 9 (56,3%) casados, 3 (18,8%) divorciados e o restante (6,3%) vive em união de facto.

Tabela 3

Características sociodemográficas dos cuidadores formais dos idosos dependentes

	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	16	42,75	11,018	25	61
Frequência (%)					
Género	16	Feminino / Masculino	14 (87,5%) / 2(12,5%)		
		1º-4º Ano	1 (6,3%)		
		5ª-6º Ano	4 (25,0%)		
		7º-9º Ano	5 (31,3%)		
		10º-12º Ano	1 (6,3%)		
Habilitações literárias	16	Ensino Superior	5 (31,3%)		
		Solteiro	3 (18,8%)		
		Casado	9 (56,3%)		
		Divorciado	3 (18,8%)		
Estado civil	16	União de facto	1 (6,3%)		
		0	3 (20,0%)		
		1	3 (20,0%)		
		2	6 (40,0%)		
		3	2 (13,3%)		
Número de filhos	15	4	1 (6,7%)		
Existência de outros dependentes	16	Não	16 (100%)		
		18	1 (6,7%)		
		30	1 (6,7%)		
		35	8 (53,3%)		
		36	2 (13,3%)		
		40	2 (13,3%)		
Horas de trabalho semanais	15	48	1 (6,7%)		
Trabalho por turnos	16	Sim / Não	5 (31,3%) / 11 (68,8%)		
		Nunca/raramente	13 (81,3%)		
		Algumas vezes	2 (12,5%)		
Faltas ao serviço no último ano	16	Bastantes vezes	1 (6,3%)		
		Sim	3 (20,0%)		
		Não	11 (73,3%)		
Desejo de mudar de profissão	15	Talvez	1 (6,7%)		

No que concerne às habilitações literárias, 1 (6,3%) dos 16 cuidadores formais terminou a sua formação académica no primeiro ciclo do ensino básico, 4 (25%) completaram os estudos no segundo ciclo de escolaridade, 5 (25%) concluíram o terceiro ciclo do ensino básico, 1 (6,3%) terminou o secundário, e 5 (31,3%) tem formação superior.

Quanto ao número de horas de trabalho por semana, os valores situam-se entre 18 e 48 horas semanais. Assim, 1 (6,7%) dos cuidadores formais trabalha 18 horas por semana, 1 (6,7%) trabalha 30, 8 (53,3%) trabalham 35 horas, 2 (13,3%) trabalham 36 horas semanais, 2

(13,3%) trabalham 40 horas e 1 (6,7%) desempenha funções na instituição durante 48 horas semanais. A maioria dos cuidadores formais questionados refere não trabalhar por turnos (68,8%), nunca ou raramente faltar ao serviço (81,3%) e não ter desejo de mudar de profissão (73,3%).

3. Instrumentos de recolha de dados

A presente investigação teve como dados as respostas dos participantes a dez instrumentos de recolha de dados: questionário sociodemográfico do idoso dependente (QSDDCI), questionário sociodemográfico do cuidador informal (QDSCI), questionário sociodemográfico do cuidador formal (QSDCF), instrumento de avaliação de perceção de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref), questionário de perceção de estado de saúde (SF-36 v2), Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (*Zarit burden interview* – ESC) e Inventário de *Burnout* de Copenhaga (IBC).

3.1. Questionário sociodemográfico – Idoso dependente

O QSDDCI aplicado teve como dimensões identificação (dados demográficos), saúde física e mental (capacidades visuais e auditivas, doenças), situação face à vida ativa (profissão, idade em que deixou de ser trabalhador ativo), agregado familiar (pessoas com quem vive, condições de habitação e rendimento), acontecimentos de vida críticos), religião (existência de crenças e práticas religiosas), ocupação de tempos livres (atividades de lazer dentro e fora de casa), caracterização psicossocial (frequência de saída de casa e de relacionamento com amigos ou vizinhos).

3.2. Questionário sociodemográfico – Cuidador informal

O QSDCI utilizado foi composto pelos seguintes domínios: dados demográficos, habilitações literárias, vida profissional (profissão, situação na profissão), proximidade com a pessoa cuidada (parentesco, distância física), filhos a cargo, cuidados (tempo há que os cuidados são prestados, tipo de cuidados, tempo despendido com os cuidados, partilha dos cuidados com outro cuidador, e outro cuidado de quem cuide).

3.3. Questionário sociodemográfico – Cuidador formal

O QSDCF incidiu não só nos aspetos pessoais (características demográficas), como em questões relacionadas com a profissão tais como as funções desempenhadas, o horário de trabalho, a situação contratual e assiduidade ao trabalho.

3.4. Instrumento de avaliação de perceção de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref)

O WHOQOL-Bref foi construído a partir do WHOQOL-100, também da Organização Mundial de Saúde, com o intuito de ser um instrumento mais breve de avaliação de QdV, conservando a validade psicométrica. O WHOQOL-Bref é constituído por 26 itens, dos quais dois reportam para a perceção de QdV geral, enquanto os outros 24 correspondem às 24 facetas do instrumento original.

Estes 24 itens estão, por sua vez, organizados em quatro domínios: físico, psicológico, das relações sociais e do ambiente. As respostas são dadas de acordo com uma escala de Likert de 5 pontos, em que 1 corresponde a “Muito má” e 5 a “Muito boa” nas questões

relativas à percepção geral de QdV, e a “Nada” e “Muitíssimo” nas restantes, respetivamente. Mais, pede-se também que, ao responder, sejam tidos em conta os padrões, expectativas, alegrias e preocupações das duas últimas semanas.

A pontuação dos domínios varia entre 0 e 20, ou 0 e 100, dependendo do interesse do investigador na comparação destes resultados com os de outro instrumento.

Quanto às qualidades psicométricas do instrumento, este apresenta bons valores de consistência interna (alfa de cronbach entre 0.64 e 0.86). Quanto à estabilidade temporal, o estudo teste-reteste com um intervalo de 3 a 5 semanas indicou boa estabilidade temporal, com coeficientes de correlação de 0.65 a 0.85. O poder discriminativo do instrumento é bom uma vez que foram encontradas diferenças significativas entre o grupo clínico e o de controlo. Por último, quanto à validade de construto, foram verificadas correlações significativas entre os domínios (variando entre 0.50 para os domínios Relações Sociais e Ambiente, e 0.57 para os domínios Psicológico e Ambiente), bem como entre estes e a faceta de QdV geral (variando entre 0.44 e 0.72) (Serra, et al., 2006)

3.5. Questionário de percepção de estado de saúde (SF-36 v2)

O *Medical Outcomes Study*, instrumento original do SF-36 foi o resultado de um estudo desenvolvido por John Ware e a sua equipa, com o objetivo de identificar os fatores que explicam a variação dos resultados nos pacientes quanto à eficácia dos tratamentos médicos. Assim, o SF-36 surge como um instrumento construído a partir do original, com um carácter mais breve, e com um número mínimo de conceitos de modo a conservar as características iniciais e a variância explicada. Tem como intuito avaliar a percepção do indivíduo acerca do seu estado de saúde (Ferreira, 2000a), i. e a sua QdVRS.

Este novo instrumento é, então, constituído por 36 itens, abrangendo 8 dimensões do estado de saúde do indivíduo, tanto físicas como mentais, e contempla tanto estados positivos como negativos. Um dos 36 itens não está incluído em nenhuma das dimensões e fornece informação quanto à mudança geral na saúde do indivíduo, relativamente ao período do ano anterior (Ferreira, 2000a).

As oito dimensões são: Funcionamento Físico (mede a limitação para executar atividades físicas menores, intermédias e extenuantes), Desempenho Físico (indica a limitação quanto à saúde física em termos de quantidade e tipo de trabalho executado), Desempenho Emocional (avalia a limitação em saúde quanto ao tipo e quantidade de trabalho efetuado), Dor Corporal (avalia a intensidade e o desconforto causados pela dor física, mas também o nível de interferência nas atividades normais), Saúde Geral (mede o conceito de percepção holística da saúde relativamente à saúde atual, à resistência à doença e à aparência saudável), Vitalidade (avalia o nível de energia e de fadiga), Funcionamento Social (refere-se à quantidade e qualidade das relações sociais, bem como ao impacto da saúde física e emocional nestas) e Saúde Mental (aborda a ansiedade, a depressão, a perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico) (Ferreira, 2000a).

Os itens são respondidos numa escala de Likert de 3 ou 5 pontos, sendo que o total de cada escala é cotado entre 0 e 100. Neste sentido, quanto mais a pontuação num determinado domínio, melhor a percepção do estado de saúde do indivíduo nesse domínio (Ferreira, 2000a).

O estudo de validação e adaptação para a população portuguesa revelou bons valores de consistência interna (alfa de cronbach entre 0.6 no domínio da função física, e 0.88 no domínio da Saúde Geral) e de estabilidade temporal (os coeficientes de correlação entre os valores do teste-reteste variaram entre 0.45 no domínio da dor física e 0.79 no domínio do Desempenho Físico) (Ferreira, 2000b).

3.6. Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit (*Zarit burden interview* – ESC)

A ESC é uma adaptação portuguesa da *Zarit burden interview scale* desenvolvida por Steve Zarit e adaptada e validada para Portugal por Sequeira (2010). É composta por 22 itens que são respondidos numa escala de 5 opções de resposta relativas à frequência, desde “nunca” a “quase sempre” (Sequeira C. A., 2010).

A análise fatorial da adaptação para a população portuguesa feita por Sequeira (2010), permitiu identificar quatro fatores. O fator “impacto da prestação de cuidados” inclui os itens relativos à sobrecarga relacionada com os cuidados diretos e ao seu impacto no contexto do cuidador. O fator “relação interpessoal” engloba os itens que se referem à sobrecarga devida às dificuldades sentidas na relação cuidador-cuidado. O fator “expetativas com o cuidar” aglutina os itens que abrangem as expetativas do cuidador em relação à prestação de cuidados, com os medos, receios e disponibilidade. O fator “perceção de autoeficácia”, por último, refere-se à opinião do cuidador acerca do seu desempenho enquanto prestador de cuidados (Sequeira C. A., 2010).

No que concerne à análise psicométrica, todos os fatores apresentam uma boa consistência interna (alfa de cronbach entre 0.67 e 0.93), bem como uma correlação estatisticamente significativa com a escala global, com valores entre 0.20 e 0.96 ($p < 0.01$) (Sequeira C. A., 2010).

3.7. Inventário de *burnout* de Copenhaga (IBC)

O IBC foi desenvolvido tendo por base um estudo de *burnout* em trabalhadores (PUMA). O instrumento é constituído por 19 itens, que compõem três dimensões: o *burnout* pessoal, o *burnout* relacionado com o trabalho e o *burnout* relacionado com o utente.

A dimensão do *burnout pessoal* avalia o grau de exaustão geral experienciada pela pessoa, física ou psicológica, que nem sempre está relacionada com nenhum aspeto em específico do ambiente de trabalho. A dimensão do *burnout relacionado com o trabalho* refere-se ao grau de cansaço físico e psicológico diretamente relacionado com o contexto de trabalho. A última dimensão, *burnout relacionado com o utente*, analisa o grau de fadiga e exaustão, física e psicológica, decorrente especificamente do trabalho com os utentes (Kristensen, et al., 2005).

Os itens são respondidos de acordo com uma escala de 5 pontos, onde as opções de resposta correspondem a uma gradação da frequência, desde “sempre”/”imenso” a “nunca/quase nunca”/”muito pouco” (Fonte, 2011).

A adaptação para a população portuguesa foi desenvolvida por Fonte (2011), onde foram obtidos valores de consistência interna entre 0.866 e 0.843, revelando uma boa consistência interna.

4. Procedimento de recolha de dados

Os dados foram recolhidos em dois momentos distintos. A primeira recolha de dados foi realizada tendo como população os utentes do centro social e paroquial da penha de França, e os seus cuidadores. A segunda, teve como população os utentes da unidade de cuidados continuados de São João da Talha, e os cuidadores formais e informais correspondentes. O pedido e autorização para a utilização dos dados recolhidos no Centro Social e Paroquial da Penha de França nesta investigação foram feitos de forma verbal.

Na fase inicial deste segundo momento de recolha de dados, foi obtida a autorização da comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do

Tejo, e da Diretora Executiva do Agrupamento de centros de Saúde Loures Odivelas, no sentido de obter o seu aval para a inclusão dos utentes deste Agrupamento nos participantes desta investigação. Os documentos relativos a este processo encontram-se apresentados em anexo.

O projeto de investigação foi então avaliado pela Comissão Especializada de Deontologia do Conselho Científico da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, e por esta permitido.

Os participantes foram primeiramente visitados pela investigadora, acompanhada pelos cuidadores formais respetivos, durante as sessões de cuidados ao domicílio. Nesta altura, aos participantes elegíveis para o estudo, foram-lhes explicados os seus objetivos e pedida a sua colaboração.

A aplicação dos instrumentos ocorreu nas visitas seguintes, combinadas entre o utente, o cuidador informal e a investigadora, iniciando-se sempre com a assinatura do Consentimento Informado.

Os dados recolhidos relativos aos cuidadores formais foram entregues em envelope, concomitantemente à assinatura do Consentimento Informado, e devolvidos mais tarde.

Os dados dos dois momentos de recolha foram integrados na mesma base de dados.

Tabela 4

Descrição da aplicação dos instrumentos de recolha de dados

		Idoso dependente	Cuidador Formal	Cuidador informal
Questionário Sociodemográfico		QSDID	QSDCI	QSDCF
Perceção de Qualidade de Vida	Auto	WHOQOL-Bref	WHOQOL-Bref	WHOQOL-Bref
	Hétero	/	WHOQOL-Bref	WHOQOL-Bref
	Auto	SF-36 v2	/	/
Perceção de Saúde	Hétero	/	SF-36 v2	SF-36 v2
		/	Índice de <i>burnout</i> de Copenhaga	Escala de Sobrecarga do Cuidador
<i>Burnout/Sobrecarga</i>		/		

O idoso dependente respondeu aos seguintes questionários: QSDID, WHOQOL-Bref, SF-36 v2 e IB. Os cuidadores informais e formais responderam aos instrumentos: QSDCI, WHOQOL-Bref (na modalidade de auto relato e de relato acerca do utente) e SF-36 v2 (em relação à sua perceção acerca da saúde do idoso dependente). O cuidador formal respondeu ainda ao IBC, e o informal ao ESC.

5. Procedimento de análise estatística

A análise estatística dos dados obtidos foi realizada recorrendo ao *software* de análise estatística IBM SPSS Statistics 22. Após a inserção dos dados neste programa, foi feita a análise relativa aos dados omissos da amostra, que foram substituídos pelo valor da média da escala em que o item omissos se inseria, para o sujeito em causa. Depois, foi construída a base de dados relativa aos domínios que compõem os diferentes questionários.

Após, foi testada a normalidade dos diferentes domínios, com o teste de Kolmogorov-Smirnov. Assim, as correlações entre variáveis paramétricas foram analisadas segundo o teste de correlação de *pearson*, e as restantes com recurso ao teste de correlação de *spearman*.

Por fim, no sentido de perceber se haveria diferenças significativas entre as perspetivas cuidador informal-idoso dependente e cuidador formal-idoso dependente, foi utilizado o teste *T-student* para amostras emparelhadas.

Todas estas análises são descritas com maior pormenor na secção seguinte.

Capítulo 3. Apresentação e análise dos resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos através da análise estatística dos dados. A apresentação desta análise está organizada de acordo com os objetivos definidos para a investigação. No início, são apresentadas a análise descritiva e correlacional relativa aos idosos dependentes. Após, serão apresentadas as análises estatísticas descritivas e correlacionais realizadas com os dados obtidos da amostra de cuidadores formais e informais. Para as variáveis paramétricas foi utilizado o teste de correlação de pearson, e para as não paramétricas o teste de correlação de spearman. Por fim, serão apresentadas as comparações de perspectivas entre as díades cuidador-idoso dependente, obtidas através do teste *T-student* para amostras independentes, para as variáveis paramétricas, e do teste U de *Mann-Whitney* de amostras independentes, para as variáveis não paramétricas.

1. Objetivos relativos aos idosos dependentes

1.1 Caracterizar a população da amostra de idosos dependentes quanto à sua percepção de QdV, e estado de saúde.

A variável Qualidade de Vida foi avaliada com recurso ao questionário WHOQOL-Bref, sendo os seus resultados obtidos de acordo com a satisfação com a vida nos cinco domínios abaixo apresentados.

Tabela 5

Análise descritiva das respostas aos domínios do WHOQOL-Bref, dos idosos dependentes

Domínios WHOQOL-Bref	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Qualidade de Vida Geral	52	45,4327	20,11439	0	87,5
Físico	52	48,9698	15,51659	14,29	89,29
Psicológico	52	62,9006	14,81227	20,83	95,83
Relações sociais	52	68,4295	16,02834	25	91,67
Ambiental	52	61,5986	14,45148	15,63	90,63

Tendo em conta que quanto mais alto o valor apresentado, melhor a perceção de QdV dos idosos dependentes, de acordo com a tabela 5, verifica-se que os idosos dependentes apresentam uma melhor qualidade de vida no domínio das Relações Sociais. No que concerne ao domínio da Qualidade de Vida Geral, os idosos dependentes caracterizam-no como aquele em que a perceção de Qualidade de Vida é menor.

A perceção do estado de saúde foi avaliada com recurso ao Questionário de Estado de Saúde (SF-36 v2). Neste, quanto maior o valor obtido, melhor a perceção de estado de saúde na dimensão avaliada.

Na tabela 6 observa-se que os idosos dependentes apresentam melhor perceção de estado de saúde no domínio do Desempenho Emocional. Isto revela que, na amostra de idosos dependentes que responderam ao questionário, os participantes não apresentam grandes limitações quanto ao tipo e quantidade de trabalho executado, devido ao seu estado emocional. Por outro lado, a pior perceção de saúde é experienciada no domínio Funcionamento Físico, indicando uma grande limitação ao nível das atividades físicas.

Tabela 6

Análise descritiva das respostas às dimensões do SF-36 v2, dos idosos dependentes

Dimensões SF-36 v2	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Funcionamento Físico	52	35,1923	26,64144	0	100
Desempenho Físico	52	58,5337	28,84173	0	100
Dor corporal	52	47,3654	26,56035	0	100
Saúde Geral	52	54,9423	19,46784	5	87
Vitalidade	52	45,5938	21,93763	6,25	100
Funcionamento social	52	73,7981	26,69036	0	100
Desempenho Emocional	52	75	28,29582	8,33	100
Saúde mental	52	57,3077	24,16166	15	110
Mudança de saúde	52	61,5385	20,68765	25	100

1.2. Explorar a relação entre a percepção de QdV e de estado de saúde, na população da amostra de idosos dependentes.

Na tabela 7 apresentam-se as correlações paramétricas e não paramétricas entre os domínios da QdV e as dimensões da Percepção de Estado de Saúde. Foram encontradas correlações significativas positivas fortes e moderadas entre quase todos os resultados dos dois instrumentos, e duas significativamente negativas e moderadas.

Tabela 7

Análise correlacional paramétrica e não paramétrica entre o WHOQOL-Bref e o SF-36 v2

Dimensões SF-36 v2	Domínios WHOQOL-Bref					
	N	Geral	Físico	Psicológico	Relações sociais	Ambiental
Funcionamento Físico	52	,598**	,535**	,179	,085	,362**
Desempenho Físico	52	,175	,153	,155	,139	,173
Dor corporal	52	,408**	,172	,359**	,247	,425**
Saúde Geral	52	,411**	,507**	,287*	,095	,327*
Vitalidade	52	,198	,499**	,334*	,166	,162
Funcionamento social	52	,033	,201	,074	,233	,365**
Desempenho Emocional	52	-,019	,082	,334*	,482**	,254
Saúde mental	52	,218	,105	,356**	,227	,223
Mudança de saúde	52	-,210	-,197	-,142	,024	-,021

Nota. Os valores em itálico referem-se a correlações paramétricas.

****p<0,01, bilateral**

***p<0,05, bilateral**

A dimensão Funcionamento Físico correlacionou-se fortemente com os domínios Geral, Físico e Ambiental da percepção de QdV. Isto indica que uma boa capacidade para executar atividades físicas se associa com uma melhor percepção de QdV nos âmbitos geral, físico e ambiental.

A dimensão Dor Corporal apresentou correlações fortes com os domínios Geral, Psicológico e Ambiental. Estes valores indicam que uma melhor percepção quanto à intensidade e desconforto causados pelas dores físicas e quanto à interferência destas nas atividades normais se associa com uma melhor percepção de QdV geral, psicológica e ambiental.

A dimensão Saúde Geral correlaciona-se fortemente com os domínios Geral, Físico e Ambiental, e moderadamente com o domínio Psicológico. Assim, os valores sugerem que quanto melhor a percepção holística da saúde (incluindo a aparência e a percepção de resistência à doença), melhor a percepção de QdV geral, física, ambiental e psicológica, e vice-versa.

A dimensão Vitalidade apresentou um valor de correlação forte com o domínio Físico e moderada com o domínio Psicológico, indicando que uma melhor percepção de nível de energia está associada com a melhor percepção de QdV física e psicológica.

A dimensão Funcionamento Social é positiva e fortemente relacionada com o domínio Ambiente. O valor da correlação sugere que uma melhor qualidade e maior quantidade de relações sociais, onde o impacto da saúde física e emocional é menor, se relacionam com uma melhor percepção de QdV ambiental.

A dimensão Desempenho Emocional correlaciona-se moderadamente com o domínio Psicológico e fortemente com o domínio Relações Sociais. Estes valores indicam que uma menor limitação no trabalho efetuado devido a questões emocionais está associada com uma melhor percepção de QdV psicológica e no âmbito das relações sociais.

A dimensão Saúde Mental apresenta-se fortemente correlacionada com o domínio Psicológico, indicando que uma menor percepção de estados ansiosos ou depressivos, de perda de controlo e melhor de bem-estar psicológico está associada a uma melhor QdV psicológica.

2. Objetivos relativos aos cuidadores

2.1. Informais

2.1.1. Caracterizar a população da amostra de cuidadores informais quanto à sua percepção de QdV e sobrecarga.

Na tabela 8 são apresentados os resultados relativos à avaliação da QdV dos cuidadores informais, recorrendo ao instrumento WHOQOL-Bref.

Tabela 8

Análise descritiva do WHOQOL-Bref

Domínios do WHOQOL-Bref	N	Média	Desvio Padrão	Amplitude	
				Mínimo	Máximo
Geral	27	64,36	15,38907	25	87,5
Físico	27	67,328	19,19964	25	100
Psicológico	27	68,0247	17,59004	29,17	91,67
Relações sociais	27	68,83	19,55605	25	100
Ambiental	27	67,8241	12,2822	40,63	93,75

Os valores da média dos resultados dos cuidadores informais para os cinco domínios encontram-se entre 64,36 e 68,83, o que indica, em todos, uma percepção de QdV acima da média. O domínio Psicológico é aquele onde é percebida melhor QdV, por oposição ao domínio Geral, onde a QdV é percecionada como pior.

Tabela 9

Análise descritiva da Escala de Sobrecarga do Cuidador

Fatores da ESC	N	Média	Média/ Máximo possível	Desvio Padrão	Amplitude	
					Mínimo	Máximo
Impacto da prestação de cuidados (11 itens)	28	23,3929	0,4255	9,40583	11,00	52,00
Relação interpessoal (5 itens)	28	9,1071	0,3643	3,31483	5,00	15,00
Expetativas com o cuidar (4 itens)	28	13,8571	0,6929	2,91502	9,00	19,00
Perceção de autoeficácia (2 itens)	28	4,1429	0,4143	1,95721	2,00	10,00
Escala global (22 itens)	28	50,5000	0,4591	13,02562	30,00	80,00

Na tabela 9 estão os valores referentes às respostas dos cuidadores informais relativamente à sua sobrecarga, obtidos através da Escala de Sobrecarga do Cuidador. Quanto maior o resultado, maior a frequência do tipo de *burnout* correspondente ao fator em questão, portanto maior perceção de *burnout* neste âmbito. O valor da média da escala global é o indicador geral da sobrecarga e varia entre 22 e 110. Quando esse valor é inferior a 46 entende-se que não existe perceção de sobrecarga. Quando o valor se situa entre 46 e 56 é indicativo de sobrecarga ligeira. Por fim, quando o valor é superior a 56, a população apresenta sobrecarga intensa.

Na amostra de cuidadores informais em questão, o valor médio da escala global é 50,50, o que indica sobrecarga ligeira. Desta amostra, 39,3% (11 cuidadores informais) não reporta sobrecarga, 28,6% (8 cuidadores informais) indica experienciar sobrecarga ligeira, e 32,1% (9 cuidadores informais) apresenta sobrecarga intensa.

A coluna “Média/máximo possível” indica o valor médio de cada um dos fatores, tendo em conta o número de itens que o compõem. Isto porque, uma vez que os fatores têm diferentes quantidades de itens, os valores médios não são diretamente comparáveis. Assim, de acordo com os dados desta coluna, o fator Expetativas com o cuidar, que avalia o receio acerca do futuro, a disponibilidade financeira e a percepção da dependência do familiar perante o próprio, apresenta-se como aquele onde os cuidadores informais experienciam maior percepção de sobrecarga.

2.1.2. Explorar a associação entre a QdV e a percepção de sobrecarga, na amostra de cuidadores informais

Na tabela 10, apresentada estão descritos os coeficientes de correlação entre a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit e o questionário de percepção de QdV, WHOQOL-Bref. Foram encontradas correlações negativas moderadas entre o domínio Impacto da Prestação de Cuidados, da ESC, e os domínios Relações Sociais e Ambiental do WHOQOL-Bref. Estes valores indicam que a prestação de cuidados se associa negativamente com a percepção de QdV nos âmbitos das relações sociais e de ambiente, do cuidador informal.

Tabela 10

Análise correlacional paramétrica e não paramétrica entre o WHOQOL e a ESC

Domínios do WHOQOL-Bref		Domínios da ESC				
	N	Impacto da prestação de cuidados	Relação interpessoal	Expetativas com o cuidar	Perceção de autoeficácia	Escala global
Geral	27	-,231	-,002	,059	,268	-,136
Físico	27	-,052	,227	,097	-,089	,039
Psicológico	27	-,182	,042	-,034	-,216	-,170
Relações sociais	27	-,399*	-,111	-,089	-,032	-,347
Ambiental	27	-,463*	,011	-,166	-,046	-,367

Nota. Os valores em itálico referem-se a correlações paramétricas.

****p<0,01, bilateral**

***p<0,05, bilateral**

2.1.3. Explorar a associação entre a perceção dos cuidadores informais acerca da QdV e do estado de saúde dos idosos dependentes.

Entre as perspetivas dos cuidadores informais, encontram-se algumas correlações significativas positivas moderadas e fortes entre os domínios da QdV e as dimensões da Perceção de Estado de saúde. Estas são apresentadas na tabela 11.

Tabela 11

Análise correlacional paramétrica e não paramétrica entre o SF-36 v2 e o WHOQOL-Bref

Dimensões SF-36 v2	Domínios WHOQOL-Bref					
	N	Geral	Físico	Psicológico	Relações sociais	Ambiental
Funcionamento Físico	29	,569**	,450*	,166	-,084	,248
Desempenho Físico	29	,357	,391*	,043	-,031	,331
Dor corporal	29	,530**	,448*	,370*	-,039	,192
Saúde Geral	29	,314	,485**	,349	-,133	-,023
Vitalidade	29	,383*	,564**	,317	,139	,168
Funcionamento social	29	,259	,297	,512**	,506**	,433*
Desempenho Emocional	29	,211	,537**	,047	,013	,104
Saúde mental	29	-,043	,337	,220	,209	-,011
Mudança de saúde	29	-,272	-,179	-,094	-,002	-,260

Nota. Em negrito encontram-se as correlações estatisticamente significativas

****p<0,01, bilateral**

***p<0,05, bilateral**

A dimensão Funcionamento Físico apresenta-se correlacionada de forma forte com o domínio Geral e moderadamente com o domínio Físico da QdV. Os dados indicam, assim, que os cuidadores informais associam uma melhor percepção nestes domínios a uma melhor capacidade de o idoso dependente realizar atividades físicas.

A dimensão Desempenho Físico, que se refere à limitação física quanto ao tipo e quantidade de trabalho que o idoso dependente é capaz de realizar, é correlacionada moderadamente com o domínio Físico da QdV. É assim sugerido que quanto menor a

limitação física, melhor a percepção de saúde na dimensão Desempenho Físico e assim uma melhor percepção de QdV física.

A dimensão Dor Corporal é associada moderadamente com o domínio Físico e Psicológico, e fortemente com o domínio Geral da QdV. É assim sugerida, segundo a perspectiva dos cuidadores informais, que uma menor influência da intensidade e desconforto causados pelas dores físicas dos idosos dependentes se relaciona com uma melhor percepção geral de QdV destes.

A dimensão Saúde Geral é correlacionada fortemente, pelos cuidadores informais, com o domínio Físico da QdV. Estes dados indicam que existe uma associação entre uma melhor percepção holística de saúde, de resistência à doença e aparência saudável com uma melhor percepção de QdV física.

A dimensão Vitalidade, que informa acerca do nível de energia ou fadiga dos idosos dependentes, é fortemente correlacionada, pelos cuidadores informais, com o domínio Físico, e moderadamente com o domínio Geral da QdV. Assim, melhor percepção de energia é relacionada com melhor percepção de QdV nos domínios mencionados.

A dimensão Funcionamento Social é fortemente correlacionada com os domínios Psicológico e Relações Sociais, e moderadamente com o domínio Ambiental da QdV. Esta associação revela que os cuidadores informais associam uma melhor qualidade e maior quantidade das relações sociais do idoso dependente a uma melhor QdV psicológica, ambiental e no âmbito das relações sociais.

Por último, a dimensão Desempenho Emocional, que informa acerca da limitação no tipo e quantidade de trabalho efetuado devido a estados emocionais, apresenta-se fortemente correlacionada com o domínio Físico da QdV, segundo a perspectiva dos cuidadores

informais. É assim sugerido que uma menor limitação está associada com uma melhor percepção da QdV física.

Estes dados indicam, de forma geral, que os cuidadores informais tendem a associar alguns dos domínios da QdV com algumas das dimensões do estado de saúde, e avaliando-os de forma interdependente.

2.2. Formais

2.2.1 Caracterizar a população da amostra de cuidadores formais quanto à sua percepção de QdV e *burnout*.

A QdV foi avaliada através do instrumento WHOQOL-Bref, e foram obtidos os valores representados na tabela 12. De acordo com esta, os cuidadores classificam a sua percepção de QdV no domínio Físico, seguida do Psicológico, do Relações Sociais. Por outro lado, a pior percepção de QdV é experienciada no domínio Ambiental, sendo precedida pela percepção no domínio Geral.

Tabela 12

Análise descritiva dos domínios do WHOQOL-Bref

Domínios WHOQOL-Bref	N	Média	Desvio	Amplitude	
			Padrão	Mínimo	Máximo
Geral	16	60,9375	17,00184	37,50	100,00
Físico	16	76,7857	13,92399	46,43	100,00
Psicológico	16	72,3958	15,50650	45,83	100,00
Relações sociais	16	66,1458	15,65506	25,00	83,33
Ambiental	16	60,8516	14,27186	40,63	90,63

Na tabela 13 estão apresentados os valores médios obtidos através do instrumento IBC, respondido pelos cuidadores formais. Considerando o valor de 50, ponto médio, como o ponto de corte entre a existência ou não de percepção de *burnout*, pode verificar-se que esta não é reportada na amostra de cuidadores formais aqui representada. Porém, é de salientar que a dimensão *Burnout* Pessoal é aquela que se apresenta mais elevada. Assim, os cuidadores formais desta amostra experienciam maior exaustão física ou psicológica, sem que tal seja associado a um contexto específico.

Tabela 13

Análise descritiva das dimensões do IBC

Dimensões do IBC	N	Média	Desvio		
			Padrão	Mínimo	Máximo
<i>Burnout</i> pessoal	16	38,7500	15,03083	12,50	62,50
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	16	29,9107	12,15511	7,14	46,43
<i>Burnout</i> relacionado com o utente	16	21,3542	11,47411	8,33	45,83

2.2.2. Explorar a associação entre a percepção de QdV e percepção de *burnout*, na amostra de cuidadores formais

Na tabela 14 encontram-se os resultados obtidos através da correlação entre os domínios do WHOQOL-Bref e as dimensões do IBC. Todas as correlações encontradas foram negativas. No entanto, como é apresentado na tabela abaixo, nenhuma delas se apresentou como significativa.

Tabela 14

Análise correlativa paramétrica e não paramétrica entre o WHOQOL-Bref e o IBC

Domínios WHOQOL-Bref		Dimensões IBC		
	N	<i>Burnout</i> Pessoal	<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	<i>Burnout</i> relacionado com o utente
Geral	16	-,221	-,315	-,227
Físico	16	-,125	-,186	-,262
Psicológico	16	-,338	-,443	-,234
Relações sociais	16	-,170	-,277	-,305
Ambiental	16	-,433	-,327	-,336

Nota. Os valores em itálico referem-se a correlações paramétricas.

2.2.3. Explorar a relação entre a perceção dos cuidadores formais acerca da QdV e do estado de saúde dos idosos dependentes

A tabela 15 apresenta as correlações entre as perspetivas dos cuidadores formais, relativamente à perceção de QdV e estado de saúde dos idosos dependentes. Foram encontradas correlações positivas fortes e moderadas.

Tabela 15

Análise correlacional paramétrica e não paramétrica entre o SF-36 v2 e o WHOQOL-Bref

Dimensões SF-36 v2	Domínios WHOQOL-Bref					
	N	Geral	Físico	Psicológico	Relações sociais	Ambiental
Funcionamento Físico	29	<i>,405*</i>	<i>,522**</i>	<i>,387*</i>	<i>,367*</i>	<i>,456*</i>
Desempenho Físico	29	,015	-,018	-,231	,096	-,200
Dor corporal	29	-,109	<i>,406*</i>	<i>,461*</i>	-,009	,044
Saúde Geral	29	<i>,730**</i>	<i>,623**</i>	<i>,572**</i>	<i>,670**</i>	<i>,758**</i>
Vitalidade	29	<i>,589**</i>	<i>,550**</i>	,312	,391*	,587**
Funcionamento social	29	,072	<i>,611**</i>	<i>,675**</i>	,215	,349
Desempenho Emocional	29	,084	,118	-,100	,033	-,032
Saúde mental	29	<i>,597**</i>	<i>,380*</i>	,350	<i>,567**</i>	<i>,463*</i>
Mudança de saúde	29	-,017	-,225	-,352	,216	-,050

Nota. Os valores em itálico referem-se a correlações paramétricas.

****p<0,01, bilateral**

***p<0,05, bilateral**

A dimensão Funcionamento Físico correlaciona-se fortemente com o domínio Físico e moderadamente com os domínios Geral, Psicológico, Relações Sociais e Ambiental. Isto sugere que os cuidadores formais tendem a correlacionar, na sua perspetiva, um melhor Funcionamento Físico do idoso dependente com uma melhor QdV geral, psicológica, de relações sociais e ambiental.

A dimensão Dor Corporal correlaciona-se moderadamente com os domínios Físico e Psicológico, sendo assim sugerida uma associação entre uma melhor QdV nestes domínios

uma menor intensidade e desconforto causado pelas dores físicas e menor interferência destas na vida normal do idoso dependente.

A dimensão Saúde Geral foi correlacionada fortemente com todos os domínios da QdV. Assim, na perspetiva dos cuidadores formais, uma melhor perspetiva holística de saúde relaciona-se com uma melhor perspetiva de QdV em todos os seus domínios.

A dimensão Vitalidade, referente à energia dos idosos dependentes, correlaciona-se com os domínios Geral e Físico da QdV. É assim sugerido que uma melhor perceção de Vitalidade se associa a uma melhor perceção de QdV geral e física.

A dimensão Funcionamento Social correlaciona-se fortemente com os domínios Físico e Psicológico. Assim, apresenta-se uma associação das perspetivas dos cuidadores formais entre a quantidade e qualidade das relações sociais do idoso dependente e a sua perceção de QdV física e psicológica.

A dimensão Saúde Mental, que se refere aos estados emocionais de ansiedade, depressão, bem-estar psicológico e perda de controlo emocional e comportamental, é correlacionada, pelos cuidadores formais, com todos os domínios da QdV. Estes dados informam que uma melhor saúde mental está associada a uma melhor perceção de QdV em todos os âmbitos avaliados.

3. Objetivos relativos às díades cuidador (formal e informal)/idoso dependente

3.1. Caracterizar a diferença entre a perspetiva do idoso dependente e a do cuidador informal quanto à perceção de QdV e estado de saúde do idoso dependente

De acordo com os dados apresentados na tabela 16, conclui-se que a maior disparidade de resultados ocorre entre as respostas dos idosos dependentes e as dos cuidadores informais ao domínio Relações pessoais. Por outro lado, a diferença entre a perspetiva do idoso dependente e do cuidador informal é menor no que concerne ao domínio Ambiental do WHOQOL-Bref.

Tabela 16

Descrição das diferenças entre as respostas dos idosos dependentes e dos cuidadores informais, ao WHOQOL-Bref

Domínios do WHOQOL-Bref	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Z(p)¹
Geral	29	17,6724	14,75894	0	37,5	-0,53 (0,596)
Físico	29	19,9507	13,88196	0	50	0,763 (0,452)
Psicológico	29	18,2471	16,86687	0	58,33	1,938 (0,063)
Relações sociais	29	21,2644	16,90106	0	58,33	-2,548 (0,011)
Ambiental	29	14,5833	9,00721	0	31,25	-2,057 (0,04)

Nota. Os valores a itálico referem aos realizados com o teste *Wilcoxon* de comparação de médias emparelhadas.

¹Valor do teste de comparação de médias, *T-student* ou *Wilcoxon*

Na tabela 17 pode ser observada a maior amplitude de diferença de respostas entre os idosos dependentes e os cuidadores informais nas dimensões Desempenho Físico e Desempenho Emocional.

Tabela 17

Descrição das diferenças entre as respostas dos idosos dependentes e dos cuidadores informais, ao SF-36 v2

Dimensões SF-36 v2	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Z(p)¹
Funcionamento Físico	29	21,2069	18,69182	0,00	65,00	-2,169 (0,03)
Desempenho Físico	29	34,0517	27,17062	0,00	100,00	-1,765 (0,077)
Dor corporal	29	19,5172	15,14365	0,00	59,00	-1,385 (0,166)
Saúde Geral	29	24,9655	19,51095	0,00	77,00	0,763 (0)
Vitalidade	29	20,2586	14,82450	0,00	50,00	-1,889 (0,059)
Funcionamento social	29	34,0517	24,06663	0,00	87,50	-3,068 (0,002)
Desempenho Emocional	29	35,0575	29,41049	0,00	100,00	-3,418 (0,001)
Saúde mental	29	17,7586	15,95676	0,00	80,00	0,581 (0,566)
Mudança de saúde	29	20,6897	20,12125	0,00	75,00	0,958 (0,338)

Nota. Os valores a itálico referem aos realizados com o teste *Wilcoxon* de comparação de médias emparelhadas.

¹Valor do teste de comparação de médias, *T-student* ou *Wilcoxon*

O valor médio mais elevado relativamente às diferenças entre as perspetivas dos idosos dependentes e dos cuidadores informais encontra-se na dimensão Desempenho Emocional. Por outro lado, na dimensão Saúde Mental existe uma maior proximidade dos resultados da população das duas amostras.

Quanto à significância das diferenças entre as perspetivas dos idosos dependentes e dos cuidadores informais, encontram-se diferenças significativas quanto aos domínios Relações Sociais e Ambiente, e às dimensões Saúde Geral, Funcionamento Social e Desempenho Emocional. Em todas estas diferenças, os idosos dependentes avaliaram a sua QdV e estado de saúde de forma mais positiva do que os cuidadores informais.

3.1.2. Caracterizar a diferença entre a perspetiva do idoso

dependente e a do cuidador formal quanto à perceção de QdV e estado de saúde do idoso dependente

Quanto à disparidade de resultados entre as perspetivas dos idosos dependentes e dos cuidadores formais, são apresentadas abaixo as tabelas relativas às médias das diferenças das respostas para cada domínio do WHOQOL-Bref e do SF-36 v2.

Tabela 18

Descrição das diferenças entre as respostas dos idosos dependentes e dos cuidadores formais, ao WHOQOL-Bref

Domínios do						
WHOQOL-Bref	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Z(p) ¹
Geral	29	14,2241	15,20842	0,00	50,00	0,997 (0,319)
Físico	29	14,2857	11,45405	0,00	57,14	-0,797 (0,432)
Psicológico	29	14,9138	12,39308	0,00	45,83	0,889 (0,382)
Relações sociais	29	17,2414	14,42190	0,00	58,33	-2,67 (0,008)
Ambiental	29	14,2241	13,78916	0,00	53,13	-1,276 (0,202)

Nota. Os valores a itálico referem aos realizados com o teste *Wilcoxon* de comparação de médias emparelhadas.

¹Valor do teste de comparação de médias, *T-student* ou *Wilcoxon*

É encontrada uma maior disparidade quanto às perspetivas do idoso dependente e do cuidador formal no domínio Relações sociais. Encontra-se uma maior proximidade de respostas nos domínios Geral e Ambiental do WHOQOL-Bref.

Tabela 19

Descrição das diferenças entre as respostas dos idosos dependentes e dos cuidadores formais, ao SF-36v2

Dimensões SF-36 v2	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Z(p)¹
Funcionamento Físico	29	12,4828	11,38803	0,00	40,00	-0,372 (0,71)
Desempenho Físico	29	36,4224	27,75395	0,00	100,00	-1,765 (0,077)
Dor corporal	29	23,2759	19,10665	1,00	60,00	1,828 (0,067)
Saúde Geral	29	21,7586	15,93212	3,00	60,00	2,814 (0,009)
Vitalidade	29	24,4978	16,86597	0,00	62,50	-1,116 (0,274)
Funcionamento social	29	21,1207	20,89073	0,00	75,00	-0,707 (0,479)
Desempenho Emocional	29	47,9885	27,06320	0,00	91,67	-3,775 (0)
Saúde mental	29	20,0000	18,51640	0,00	55,00	-0,27 (0,789)
Mudança de saúde	29	19,8276	18,15030	0,00	50,00	-2,215 (0,027)

Nota. Os valores a itálico referem aos realizados com o teste *Wilcoxon* de comparação de médias emparelhadas.

¹Valor do teste de comparação de médias, *T-student* ou *Wilcoxon*

A dimensão Desempenho Emocional é onde se encontra a maior diferença entre as respostas dos idosos dependentes e dos cuidadores formais. Por outro lado, é quanto à dimensão Funcionamento Físico que a disparidade de respostas é menor.

Entre estas duas perspetivas são encontradas diferenças significativas no domínio Relações Sociais e nas dimensões Saúde Geral, Desempenho Emocional e Mudança de Saúde. Em todas estas o idoso dependente avaliou a sua percepção de QdV e estado de saúde de forma mais positiva do que o cuidador formal.

3.2. Comparação de diferenças entre perspetivas das díades

1.3.2.1. Explorar a relação entre as diferenças das respostas na díade idoso dependente-cuidador informal e as diferenças das respostas na díade idoso-dependente-cuidador formal

As análises de comparação entre as diferenças das díades idoso dependente-cuidador informal e idoso dependente-cuidador formal foram realizadas com recurso ao teste U de *Mann-Whitney*, entre variáveis não paramétricas, e ao teste *T-student*, entre variáveis paramétricas.

A única diferença significativa entre os dois grupos foi encontrada na comparação das diferenças nas respostas à dimensão Funcionamento Social do SF-36 v2 ($p=0,046$), onde os cuidadores formais se encontram como melhores relatores da realidade do idoso dependente.

Capítulo 4. Discussão de resultados

Neste capítulo apresenta-se a discussão dos resultados apresentados anteriormente, organizada de acordo com os objetivos já estabelecidos. Estes resultados serão também comparados com os de investigações anteriores.

1. Idosos dependentes

1.1. Caracterizar a população da amostra de idosos dependentes quanto à sua percepção de QdV, e estado de saúde.

Na caracterização da amostra de idosos dependentes verificou-se que os domínios Geral e Físico da QdV se encontram ligeiramente abaixo do ponto médio, indicando uma baixa satisfação com a percepção de QdV nestes âmbitos. O valor no domínio Geral pode ser explicado devido ao facto de ser cotado utilizando apenas dois itens, o que o torna pouco indicativo. Por outro lado, o valor abaixo do valor médio no domínio Físico pode ser explicado pelas características da população que, uma vez que é dependente, poderá ter menores capacidades físicas.

Os valores referentes aos domínios Psicológico, Relações Sociais e Ambiental apresentaram valores acima do valor médio, sendo assim indicadores de satisfação com esses aspetos da vida. Especificamente o valor mais elevado relativamente à satisfação com as Relações Sociais poderá estar relacionado com o facto de cada idoso dependente ter um cuidador, que lhe satisfaz as necessidades, e pelo qual o idoso se poderá sentir valorizado; e pela quantidade de idosos que reporta manter relações de convívio com os amigos ou vizinhos, no QSDID.

Os dados desta investigação corroboram os encontrados por Gonçalves (2012), num estudo com idosos institucionalizados e frequentadores do centro de dia, no sentido em que os domínios Geral e Físico são aqueles onde é reportada menor percepção de QdV.

Por outro lado, no estudo de Correia (2014), apenas o domínio Geral se apresentou como negativo, no entanto o domínio Físico foi avaliado como o segundo onde a percepção de QdV é menor, e o domínio Relações Sociais aquele onde é percebida melhor percepção de QdV, à semelhança daquilo que foi encontrado nos dados de presente investigação.

Relativamente à percepção do estado de saúde, as dimensões Funcionamento Físico, Dor Corporal e Vitalidade foram aquelas classificadas com valores abaixo do valor médio. Todas estas são classificadas tendo em conta as percepções físicas do corpo. À semelhança daquilo que se verificou no WHOQOL-Bref, também aqui é visível a influência da falta de capacidades funcionais que levaram ao facto de os idosos serem dependentes. Assim, os idosos classificam estas dimensões como piores uma vez que percebem as dores físicas como existentes e limitadoras das atividades exercidas na vida diária, o que é também refletido na falta de energia que é clarificada pelo valor obtido na dimensão Vitalidade.

No estudo de Lima et al. (2009) as dimensões onde a percepção de estado de saúde foi avaliada como mais positiva foram congruentes com os dados encontrados no presente estudo, à exceção da dimensão Mudança de Saúde que não foi avaliada naquele. No entanto, enquanto nesta investigação foram encontradas dimensões onde a percepção de estado de saúde se situou abaixo do valor médio, no estudo de Lima et al. (2009) tal não se verificou: todas as dimensões foram avaliadas com uma percepção acima da média. Esta divergência pode ser justificada devido à especificidade da amostra do estudo aqui apresentado, uma vez que os idosos são, necessariamente, dependentes, o que tem influência na sua percepção de estado de saúde.

1.2.Explorar a relação entre a percepção de QdV e de estado de saúde, na população da amostra de idosos dependentes.

Relativamente à associação entre a percepção de QdV e de estado de saúde, foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre os vários domínios e as várias dimensões.

A dimensão Saúde Geral apresenta boas correlações com quase todos os domínios da QdV, à exceção de Relações sociais, o que sugere que uma boa percepção de QdV é acompanhada por uma boa percepção do estado de saúde. Mais, pode também ser indicativo de que uma boa percepção de estado de Saúde Geral prediz a satisfação em muitas das áreas da QdV, e vice-versa.

Relativamente à correlação entre o domínio Geral da QdV e a dimensão Dor corporal, pode concluir-se que uma melhor QdV está associada ao menor desconforto e intensidade das dores físicas e ainda a uma menor interferência destas nas atividades normais da vida. No mesmo sentido foram encontradas correlações entre a dimensão Dor Corporal e os domínios Psicológico e Ambiental da QdV, sugerindo-se que uma menor existência e impacto das dores físicas nas atividades diárias se associam a um maior bem-estar psicológico e a uma melhor percepção do ambiente em que o idoso dependente vive.

As correlações encontradas entre a dimensão Vitalidade e os domínios Físico e Psicológico da QdV são explicadas pelas próprias questões que compõem estes domínios, que reportam para a energia vital percebida, havendo assim uma sobreposição do construto avaliado.

Ao contrário daquilo que seria esperado, e embora os valores sejam elevados em ambos, o domínio Relações sociais e a dimensão Funcionamento Social não foram correlacionadas na análise estatística. Isto pode ser explicado pelo próprio enunciado dos instrumentos. No WHOQOL-Bref as questões são construídas no sentido de obter respostas

relativamente à satisfação com as relações sociais. Por outro lado, no SF-36 v2 as questões são colocadas no sentido de averiguar a influência da saúde física e emocional na manutenção das relações sociais. Assim, ainda que os idosos dependentes considerem que a sua saúde física ou emocional interfere pouco no relacionamento social normal, e se sintam satisfeitos com as relações sociais que mantêm, isto representa dois construtos diferentes, o que justifica a correlação não encontrada.

Foram encontradas também correlações fortes entre a dimensão Desempenho Emocional e os domínios Psicológico e Relações sociais. Isto poder ser explicado pelo facto de uma menor interferência, ou até a ausência desta interferência, dos aspetos emocionais nas atividades diárias fomentar o bem-estar psicológico e a qualidade e quantidade das relações sociais.

A correlação entre a dimensão Saúde mental e o domínio Psicológico é explicada por haver sobreposições entre as questões relativas à dimensão e aquelas que são colocadas referentes aos dois domínios.

De um modo geral, estes dados são coerentes com aquilo que foi encontrado no estudo de Correia (2014). Porém, a divergência mais marcada encontra-se na não existência de correlações, no estudo de Correia (2014) entre qualquer uma das dimensões e o domínio Ambiente.

2. Cuidadores

2.1. Informais

2.1.1. Caracterizar a população da amostra de cuidadores informais quanto à sua perceção de QdV e sobrecarga.

Face à caracterização da perceção de QdV dos cuidadores informais, todos os valores se situaram acima do valor médio, indicando uma boa satisfação com a QdV em todos os domínios.

O valor mais elevado é encontrado no domínio Relações sociais, que avalia a satisfação com as relações sociais, a vida sexual e o apoio que o cuidador informal recebe dos amigos.

Por outro lado, o domínio Geral da QdV é avaliado com o valor mais baixo, encontrando-se ainda acima do ponto médio. Este facto pode ser explicado, primeiro por este domínio ser composto apenas por dois itens, e depois porque, uma vez que são as duas primeiras perguntas do questionário, implica uma reflexão pouco orientada face à satisfação com a QdV. Estes dados são contraditórios face àqueles encontrados no estudo de Àvila-Toscano e Vergara-Mercato (2014), onde os cuidadores informais apresentaram valores abaixo da média para todos os domínios, e na média para o domínio Ambiente. Isto pode ser explicado pela qualidade das dependências dos idosos, uma vez que no estudo mencionado as situações de dependência dos idosos são acompanhadas de situações de doença crónica.

No que diz respeito à perceção de sobrecarga, o valor da escala global situa-se ligeiramente abaixo do valor médio, revelando sobrecarga ligeira. Se considerarmos os diferentes fatores individualmente, e também o número de itens por cada um, o valor mais elevado encontra-se no fator Expectativas com o cuidar. Estes valores corroboram os resultados apresentados no estudo de Rondini, Justo, Filho, Lucca e Oliveira (2011), realizado com cuidadores de idosos, onde os valores de sobrecarga reportados também foram todos bastante reduzidos.

2.1.2. Explorar a associação entre a QdV e a perceção de sobrecarga, na amostra de cuidadores informais

Foram encontradas correlações negativas significativas apenas entre o fator Impacto da prestação de cuidados e os domínios Relações sociais e Ambiental da QdV. Assim, é possível concluir-se que uma maior satisfação com a vida nestes âmbitos se relaciona com

uma menor sobrecarga, e vice-versa. Mais, pode sugerir-se que os cuidadores informais que experienciam mais sobrecarga são aqueles que estão menos satisfeitos com as suas relações pessoais, a vida sexual, o apoio recebido da rede social, e com as características do ambiente onde vivem (segurança, transportes, acesso a atividades de lazer ou a serviços de saúde); ou, por outro lado, que o facto de experienciarem maior sobrecarga os leva a diminuir a sua percepção de satisfação com a sua própria QdV.

Os dados aqui encontrados corroboram o estudo de Pimenta, Rodrigues e Greguol (2010) realizado com os mesmos instrumentos, onde foram também encontradas correlações negativas entre alguns fatores da Escala de Sobrecarga do Cuidador e os domínios do WHOQOL-Bref.

2.1.3. Explorar a relação entre a percepção dos cuidadores informais acerca da QdV e do estado de saúde dos idosos dependentes

No presente estudo, foram avaliadas as percepções dos cuidadores informais relativamente à QdV e saúde dos idosos dependentes, no sentido de perceber de que forma estas se correlacionam, e qual a visão que estes cuidadores têm acerca do indivíduo a quem prestam cuidados. Isto permite entender como é visto o processo de doença do idoso dependente, na perspetiva do cuidador.

Foram encontradas várias correlações positivas significativas, moderadas e fortes entre os domínios do WHOQOL-Bref e as dimensões do SF-36 v2.

O domínio Físico foi o que apresentou mais correlações positivas, sendo assim associado com quase todas as dimensões, à exceção de Funcionamento social, Saúde mental e Mudança de saúde. Neste sentido, os cuidadores informais estabelecem uma relação entre a satisfação dos idosos dependentes relativamente às suas capacidades físicas e a limitação, por fatores físicos ou emocionais, do tipo e quantidade de trabalho efetuado; e a percepção geral de

saúde, de resistência à doença, aparência saudável, de energia ou fadiga, experienciadas pelos idosos dependentes.

O domínio Geral da QdV, na perspectiva dos cuidadores informais, apresentou correlações positivas com as dimensões Funcionamento Físico, Dor Corporal e Vitalidade. Isto indica que, ao perceberem a realidade do idoso dependente, estes cuidadores associam a satisfação geral com a vida daqueles, com a limitação na execução de atividades físicas; com a interferência das dores físicas nestas atividades, bem como a intensidade e desconforto causado por estas dores; e com a energia ou fadiga sentida pelos idosos dependentes.

O domínio Psicológico da QdV foi correlacionado, pelos cuidadores informais, com a dimensão Funcionamento social. Assim, a satisfação do idoso dependente consigo próprio, com a sua capacidade de concentração, a sua aparência e a frequência de sentimentos negativos, bem como o seu gosto pela vida e a percepção de sentido desta, são associados com a quantidade e qualidade das relações sociais, e com o impacto da saúde física e emocional nestas.

Por último, os domínios Ambiental e Relações sociais foram aqueles que se correlacionaram apenas com a dimensão Funcionamento social, indicando que os cuidadores informais associam a satisfação dos idosos dependentes relativamente às condições do ambiente em que vivem e às relações pessoais, vida sexual e apoio recebido dos amigos, com a limitação percebida na atividade social com os familiares, amigos ou vizinhos, devido a questões de ordem física ou emocional.

Por outro lado, seria expectável que a dimensão Desempenho Emocional, que se refere ao impacto dos aspetos emocionais na quantidade de trabalho efetuado pelos idosos dependentes, fosse correlacionada com o domínio Psicológico da QdV. Porém, tal não foi encontrado. Isto pode ser explicado pela falta de sensibilidade dos cuidadores informais relativamente à percepção das causas que levam à incapacidade dos idosos dependentes, de

realizarem algumas atividades. Segundo os dados, havendo uma correlação forte entre o domínio Físico e a dimensão Desempenho Emocional, pode sugerir-se que as limitações dos idosos dependentes são sempre avaliadas como tendo uma origem física e não emocional.

Estes dados são corroborados parcialmente pelo estudo de Correia (2014), onde foram também encontradas correlações significativas e positivas entre alguns domínios do WHOQOL-Bref e algumas dimensões do SF-36 v2. No entanto, no estudo mencionado os domínios Geral, Físico e Psicológico do WHOQOL-Bref apresentaram correlações com mais dimensões do SF-36 do que aquelas encontradas na presente investigação.

2.2. Formais

2.2.1. Caracterizar a população da amostra de cuidadores formais quanto à sua percepção de QdV e *burnout*

A população da amostra de cuidadores formais apresentou valores acima do valor médio em todos os domínios do WHOQOL-Bref. Destaca-se o domínio Físico, que avalia a satisfação com as capacidades físicas para realizar o trabalho e as atividades diárias, a necessidade de cuidados médicos, a energia e a qualidade do sono, como aquele onde os resultados foram mais elevados. Desta forma, os cuidadores formais estão satisfeitos com a sua QdV no âmbito físico, o que pode ser explicado pelo facto de se encontrarem na vida ativa e a média das idades ser 42,75 anos.

Por outro lado, o valor mais baixo é encontrado no domínio Ambiental, que avalia a satisfação com a qualidade do ambiente em que vive (segurança, acesso a serviços de saúde e transportes, oportunidade de realizar atividades de lazer, capacidade económica). Este resultado é também o mais baixo encontrado nos estudos de Silva (2015) e de Reis, Neri, Araújo, Lopes e Cândido (2015). Mais, os valores de todos os outros domínios do WHOQOL-Bref, encontrados nestes estudos, são superiores, revelando uma boa percepção de

QdV dos cuidadores formais, à semelhança daquilo que é reportado pelos cuidadores formais da investigação aqui apresentada.

Quanto à percepção de *Burnout*, os cuidadores formais reportaram uma percepção reduzida, tal como é encontrado no estudo de Silva (2015). Isto pode ser explicado pelas condições de trabalho dos cuidadores formais questionados, ou pelo facto de apenas aqueles que sentem menor exaustão física aceitarem participar na presente investigação.

2.2.2. Explorar a associação entre a percepção de QdV e percepção de *burnout*, na amostra de cuidadores formais

Os dados obtidos nesta investigação não revelaram qualquer correlação significativa entre a percepção de QdV e *burnout* em cuidadores formais. Isto pode ser explicado devido ao reduzido número de cuidadores formais nesta análise. Porém, ainda que não significativos, todos os coeficientes de correlação encontrados têm valor negativo, o que corrobora a literatura que aponta para a relação entre uma baixa percepção de *burnout* e uma boa QdV (Cardiga, 2014). Os resultados desta investigação vão também no sentido daqueles encontrados por Silva (2015) que indicam que uma maior vulnerabilidade ao *stress* se relaciona negativamente com a percepção de QdV.

2.2.3. Explorar a relação entre a percepção dos cuidadores formais acerca da QdV e do estado de saúde dos idosos dependentes

Na população da amostra de cuidadores formais foram encontradas várias correlações de carácter forte e moderado.

A dimensão Saúde Geral apresentou correlações fortes com todos os domínios do WHOQOL-Bref indicando assim uma forte associação, na perspetiva dos cuidadores formais, entre a percepção holística de saúde, incluindo a percepção de resistência à doença e aparência

saudável, dos idosos dependentes, e a satisfação com todas as áreas da QdV avaliadas. Estes dados permitem sugerir que, ao ponderar acerca da percepção de Saúde Geral dos idosos dependentes, os cuidadores formais têm em conta os vários domínios da QdV, e não se baseiam apenas num destes.

A dimensão Funcionamento Físico também se correlacionou com todos os domínios do WHOQOL-Bref. Assim, sugere-se que, ao formar a sua perspetiva sobre a QdV dos idosos dependentes, esta está bastante associada com a avaliação que os cuidadores formais fazem das limitações para executar atividades físicas dos idosos dependentes.

A dimensão Dor Corporal foi moderadamente correlacionada com os domínios Físico e Psicológico. Estes dados salientam a associação manifestada pelos cuidadores formais entre: a intensidade e desconforto das dores físicas e o seu impacto nas atividades diárias dos idosos dependentes; e a satisfação destes com a sua QdV física e psicológica.

A correlação entre a dimensão Vitalidade e os domínios Geral e Físico da QdV pode ser explicada tanto pelo facto de uma maior energia manifestada pelos idosos dependentes ser entendida como sinal de uma boa satisfação com a sua QdV geral e física, como pela sobreposição dos construtos em algumas das questões.

A dimensão Funcionamento Social foi fortemente correlacionada com os domínios Físico e Psicológico do WHOQOL-Bref. Desta forma, sugere-se que, na perspetiva dos cuidadores formais, a quantidade e qualidade das relações sociais dos idosos dependentes e o impacto da saúde física e emocional nestas está relacionado com a satisfação dos idosos dependentes com a sua QdV física e psicológica.

A dimensão Saúde mental é correlacionada, pelos cuidadores formais, com quase todos os domínios do WHOQOL-Bref, à exceção do domínio Psicológico, indicando interdependência entre a frequência da experiência de sentimentos de ansiedade, depressão, perda de controlo emocional ou comportamental e bem-estar psicológico, e a satisfação com

a QdV geral, física, no âmbito das relações sociais e ambiental. A não correlação entre o domínio Psicológico e a dimensão Saúde Mental pode justificar-se pelo facto de este domínio abranger mais do que as emoções experienciadas, incluindo também a satisfação com o próprio e com o sentido da vida, a aceitação da própria aparência, o sono e a capacidade de concentração.

Estes dados indicam a existência de associações fortes e moderadas entre as perspetivas dos cuidadores formais quanto à perceção de QdV e estado de saúde do idoso dependente. Estes dados sugerem que, ao avaliar a perceção de estado de saúde dos idosos, os cuidadores formais podem ter em conta muitos dos aspetos da satisfação do idoso com a sua QdV, bem como podem ser sensíveis à interdependência entre ambos os conceitos.

3. Relativos às díades cuidador (formal e informal)/idoso dependente

3.1. Caracterizar a diferença entre a perspetiva do idoso dependente e a do cuidador informal quanto à perceção de QdV e estado de saúde do idoso dependente

A diferença significativa, e de maior valor, encontrada entre as perspetivas do idoso dependente e do cuidador informal, quanto à perceção de QdV, no domínio Relações Sociais refere-se à avaliação da satisfação com as relações pessoais, com a vida sexual e com o apoio que recebe dos amigos. Neste aspeto os idosos dependentes avaliam a sua satisfação como melhor do que é avaliado pelos cuidadores informais. As repostas que mais se aproximam, no WHOQOL-Bref, são aquelas que são dadas ao domínio Ambiental. No entanto, as diferenças nos domínios Relações Sociais e Ambiente apresentam-se como significativas, e indicam uma melhor avaliação dos idosos dependentes quanto à sua satisfação com as relações estabelecidas, apoio recebido dos outros e vida sexual, e com as condições do ambiente em que vivem (físicas, de capacidade económica, de acesso aos

serviços de saúde, transportes e oportunidade de realizar atividades de lazer), quando comparada com a perspectiva dos cuidadores formais. Estes dados são corroborados, em parte, pelo estudo de Correia (2014), onde foram encontradas diferenças significativas entre as respostas dos idosos e dos cuidadores informais aos domínios Físico, Psicológico e Ambiente.

Relativamente às diferenças quanto às respostas ao SF-36 v2, aquelas que apresentaram menor proximidade foram as dadas às dimensões Desempenho Físico e Desempenho Emocional. Desta forma, os cuidadores informais classificam como maior a limitação da qualidade e quantidade do tipo de trabalho devido à saúde física e emocional dos idosos dependentes, do que os próprios. Por outro lado, as duas perspectivas encontram-se mais próximas no que concerne à dimensão Saúde mental. Assim, estas aproximam-se quando se trata de avaliar a experiência de estados depressivos, ansiogêneos e de perda de controlo emocional e comportamental. Foram também encontradas diferenças significativas entre os domínios Funcionamento Físico, Saúde Geral, Funcionamento Social e Desempenho Emocional. Estes dados permitem concluir que os idosos dependentes avaliam o seu estado de saúde quanto à limitação para efetuar atividades físicas; à saúde atual, resistência à doença e aparência saudável; à quantidade e qualidade das relações sociais e impacto da saúde física e emocional nestas; e quanto à limitação, devido à saúde emocional, na quantidade e tipo de trabalho efetuado, como experienciando melhor perceção de estado de saúde, do que os cuidadores informais. O estudo de Correia (2014) apresenta também diferenças significativas entre as perspectivas dos cuidadores informais e as perspectivas dos idosos dependentes nas dimensões Saúde Geral, Vitalidade, Funcionamento Social e Desempenho Emocional, corroborando a maior parte dos resultados encontrados no presente estudo.

3.2. Caracterizar a diferença entre a perspectiva do idoso dependente e a do cuidador formal quanto à percepção de QdV e estado de saúde do idoso dependente

No que diz respeito às respostas ao WHOQOL-Bref, a maior disparidade, e única diferença significativa, é encontrada nas relações entre as perspectivas no domínio Relações sociais, sendo corroborado pelo estudo de Ferreira (2009) onde esta diferença também foi a única encontrada com caráter significativo. Assim, o idoso dependente classifica a sua satisfação com as relações e apoio recebido dos outros, e a vida sexual, de forma mais negativa do que os cuidadores formais em relação ao idoso. Por outro lado, a maior proximidade de perspectivas encontra-se nas respostas que compõem os domínios Geral e Ambiental do WHOQOL. Assim, há uma menor discordância quanto à percepção geral de QdV e de satisfação com o ambiente do idoso dependente.

Relativamente às respostas ao SF-36 v2, os resultados mais próximos correspondem à dimensão Funcionamento Físico, havendo assim menor disparidade de perspectivas quanto à limitação do idoso dependente para executar atividades física menores, intermédias e extenuantes. A menor proximidade entre as avaliações do idoso dependente e do cuidador formal encontra-se na dimensão Desempenho Emocional, que se apresenta como uma diferença significativa. Assim, é salientada a divergência quanto à percepção da limitação, devida à saúde mental, quanto ao tipo e quantidade de trabalho realizado, havendo uma visão mais positiva da parte dos idosos dependentes. A diferença encontrada, na dimensão Saúde Geral, entre as perspectivas dos idosos dependentes e dos cuidadores formais é significativa, permitindo concluir que os idosos dependentes têm uma melhor percepção geral da sua saúde atual, da sua resistência e aparência saudável do que os cuidadores formais.

3.3. Explorar a relação entre as diferenças das respostas na díade idoso dependente-cuidador informal e as diferenças das respostas na díade idoso dependente-cuidador formal.

A única diferença significativa encontrada é relativa às dissemelhanças entre as respostas da díade idoso dependente-cuidador informal e as da díade idoso dependente-cuidador formal, à dimensão Funcionamento Social do SF-36 v2. A média desta diferença para a díade idoso dependente-cuidador informal é superior à da díade idoso dependente-cuidador formal. Assim, pode ser concluído que os cuidadores informais têm uma perceção mais díspar relativamente à perceção do idoso dependente. Desta forma, o cuidador formal parece ter uma perceção mais concordante com a perspetiva do idoso dependente, quanto à quantidade e qualidade das relações sociais e o impacto da saúde física e emocional nestas, comparativamente à perspetiva do cuidador informal. Em todas as outras dimensões, os dados desta investigação parecem corroborar os encontrados por Ricci et al. (2005), que concluem que não há diferenças significativas quanto à proximidade entre perspetivas de ambos os tipos de cuidadores e do idoso dependente, relativamente a este.

Através do cálculo da média das respostas dos idosos dependentes, sobre eles próprios, e dos cuidadores informais e formais sobre o idoso dependente, na dimensão Funcionamento Social, observamos que a média das respostas dos cuidadores formais é mais elevada (64,66) do que a dos cuidadores informais (53,02), aproximando-se assim mais da média das respostas dos idosos dependentes (73,8). Desta forma, os cuidadores formais avaliam como melhor a quantidade e qualidade das relações sociais e menor o impacto da saúde física e emocional nestas, aproximando-se assim, mais do que o cuidador informal, daquilo que é experienciado pelo idoso dependente.

Capítulo 5. Conclusões

5.1. Principais conclusões

O presente estudo teve como objetivos principais a caracterização da amostra de idosos dependentes quanto à sua perceção de QdV e de QdVRS e relação entre estas; a caracterização da amostra de cuidadores informais e formais relativamente à sua perceção de QdV e de sobrecarga, nos cuidadores informais e *burnout*, nos cuidadores formais, e relação entre estas perceções; a relação entre a perspetiva dos idosos dependentes e a perspetiva dos cuidadores informais e formais, quanto à perceção de QdV e estado de saúde dos idosos dependentes; e ainda a comparação entre a proximidade das perspetivas da díade idoso dependente-cuidador informal e a proximidade das perspetivas da díade idoso dependente-cuidador formal. Para a realização deste estudo recorreu-se a uma amostra de 52 idosos dependentes, utentes do Centro Social e Paroquial da Penha de França e da Unidade de Cuidados Continuados de São João da Talha, 28 cuidadores informais e 16 cuidadores formais dos idosos inseridos nas instituições mencionadas.

Relativamente à perceção dos idosos acerca da sua satisfação com a QdV, esta é avaliada como situando-se próxima do ponto médio, sendo assim uma perceção de QdV moderada. Os domínios Geral e Físico encontram-se ligeiramente abaixo deste valor, enquanto os restantes se situam acima. A melhor satisfação com a QdV encontra-se no domínio Relações sociais, e a pior no domínio Geral da QdV. De um modo global, conclui-se com os idosos dependentes apresentam uma satisfação moderada com a sua QdV, sendo salientada a satisfação com as relações estabelecidas com os outros e o apoio recebido destes, e a vida sexual.

No que concerne à perceção de estado de saúde, indicador de QdVRS, dos idosos dependentes, os resultados não são tão homogéneos como na perceção de QdV. Ainda que, de uma forma global, a partir do resultado da dimensão Saúde Geral, se possa concluir que a

percepção dos idosos dependentes acerca do seu estado de saúde é média, existe uma grande amplitude de resultados. A dimensão Funcionamento Físico é aquela onde os idosos dependentes referem sentir menor percepção de estado de saúde, por oposição à dimensão Desempenho Emocional, onde o valor é o mais elevado. As dimensões Dor Corporal e Vitalidade são também situadas, pelos idosos dependentes, abaixo da média, sendo assim reforçada a ideia de baixa percepção de saúde relativamente às dimensões mais relacionadas com as capacidades físicas. Assim, podemos concluir que os idosos dependentes percecionam grandes limitações ao nível da capacidade física para realizar tarefas, mas não entendem que estas limitações decorram de estados emocionais.

A QdV e a QdVRS apresentaram várias correlações significativas e positivas entre a maioria dos seus domínios e dimensões, sendo assim sugerido que uma melhor percepção de QdV é concomitante a uma melhor percepção de QdVRS. A dimensão Saúde Geral, da QdVRS, é aquela que retrata melhor esta tendência, uma vez que se correlaciona com três dos domínios da QdV (Geral, Físico e Psicológico).

No que concerne aos cuidadores informais, a sua QdV é avaliada como superior à média, sendo o domínio Relações Sociais aquele onde é percecionada como melhor. Desta forma, conclui-se que os cuidadores informais percecionam uma boa QdV. Relativamente à percepção de sobrecarga os cuidadores informais reportam experienciar uma Sobrecarga moderada, sendo o fator Expetativas com o Cuidar aquele onde é experienciada maior percepção de Sobrecarga.

Relativamente à relação destas duas variáveis, apenas o fator Impacto da Prestação de Cuidados se associa de forma significativa e negativa com os domínios Relações Sociais e Ambiente da QdV. Assim, sugere-se que uma maior percepção de sobrecarga decorrente do impacto direto das próprias ações de cuidado e destas no contexto do cuidador se associa com uma menor satisfação com a QdV dos cuidadores informais com as relações pessoais, a vida

sexual, o apoio recebido dos amigos e as características do ambiente onde vivem. Por outro lado, pode sugerir-se também que um cuidador informal menos satisfeito com estas áreas da vida, tem maior tendência para experienciar Sobrecarga decorrente da prestação de cuidados.

No que diz respeito à perspetiva do cuidador informal acerca da QdV e QdVRS do idoso dependente, estas encontram-se globalmente associadas. O domínio Físico foi aquele que apresentou mais correlações significativas com quase todos os domínios do SF-36 v2, e é assim o domínio da QdV que mais se relaciona com a QdVRS. Por outro lado, as dimensões Saúde Mental e Mudança de saúde não apresentaram relações com quaisquer domínios da QdV. Desta forma, é possível concluir que, na perspetiva dos cuidadores informais acerca dos idosos dependentes, há algumas associações entre vários aspetos da QdV e da QdVRS, sendo esta relação mais significativa entre a perceção física da QdV e a maioria dos domínios da perceção de QdVRS. Por outro lado, também se encontram associações fortes e significativas entre a dimensão Funcionamento Social e os domínios Psicológico, Relações Sociais e Ambiental do WHOQOL-Bref. Assim, a QdV física e geral está associada com uma melhor QdVRS em quase todos as dimensões.

Relativamente aos cuidadores formais, reportaram uma perceção de QdV acima da média, sendo considerada boa, e baixos níveis de *Burnout*. No domínio Físico da QdV foi reportada a maior satisfação, e no Ambiental o valor foi o mais baixo do instrumento. Quanto ao *Burnout*, o *Burnout* pessoal foi aquele reportado como sentido mais frequentemente, por oposição ao *Burnout* relacionado com o utente, onde foi reportado o valor mais baixo. Quanto à associação entre a QdV e a perceção de *Burnout*, não foram apresentadas correlações significativas, no entanto todas apresentam valores negativos, sugerindo assim que uma melhor perceção de QdV está relacionada com a perceção de menor *Burnout*.

No que concerne à perspetiva do cuidador formal acerca da QdV e da QdVRS dos idosos dependentes, foram encontradas algumas correlações significativas. Estes dados

sugerem que, na perspetiva dos cuidadores formais, uma melhor QdV dos idosos dependentes está associada a uma melhor QdVRS destes. As dimensões Funcionamento Físico e Saúde Geral apresentam-se como aqueles onde é mais visível esta tendência, uma vez que se correlacionam com todos os domínios do WHOQOL-Bref.

Quanto às diferenças entre as respostas do idoso dependente e dos cuidadores foram encontradas diferenças significativas no sentido em que os idosos dependentes avaliaram de forma mais positiva a sua QdV e QdVRS, em comparação com as perspetivas dos cuidadores. No que diz respeito à díade idoso dependente-cuidador informal encontraram-se diferenças significativas nos domínios Relações Sociais e Ambiental do WHOQOL-Bref, e nas dimensões Saúde Geral, Funcionamento Social e Desempenho Emocional do SF-36 v2. Quanto às diferenças significativas entre a díade idoso dependente-cuidador formal, estas referem-se ao domínio Relações Sociais do WHOQOL-Bref e às dimensões Saúde Geral, Desempenho Emocional e Mudança de Saúde. Assim, os idosos apresentam respostas significativamente superiores às dos cuidadores nestes domínios e dimensões.

Relativamente à conclusão de qual dos tipos de cuidadores se apresenta como melhor relator da QdV e QdVRS dos idosos dependentes, a única diferença significativa que permite responder a esta questão encontra-se na dimensão Funcionamento Social, da QdVRS, onde a perspetiva dos cuidadores formais foi mais próxima da dos idosos dependentes e significativamente diferente da dos cuidadores informais. Isto permite concluir que, perante a avaliação do Funcionamento Social do idoso dependente, os cuidadores formais são os bons relatores.

Assim, é possível sugerir-se que a perspetiva dos cuidadores informais é concordante com a dos idosos dependentes nos domínios Geral, Físico e Psicológico e nas dimensões Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal, Vitalidade, Saúde Mental e Mudança de Saúde. A perspetiva do cuidador formal não é significativamente diferente da do

idoso dependente em quase todos os âmbitos em que a perspectiva do cuidador informal também é (à exceção da dimensão Mudança de Saúde), porém é-o também no que concerne ao domínio Ambiental e à dimensão Funcionamento Social. Em todos os outros domínios e dimensões o idoso dependente avalia a sua QdV e QdVRS como significativamente melhor, quando comparada com o hétero-relato dos dois tipos de cuidadores.

5.2. Limitações do presente estudo

A principal limitação do estudo apresentado prende-se com a reduzida dimensão da amostra em geral, e no caso dos cuidadores em particular. Um outro aspeto prende-se com a especificidade da população da amostra, o que limita a replicação do estudo e a generalização das conclusões a casos em que os idosos tenham outras características como deficiências visuais, auditivas ou de comunicação. No entanto, este estudo apresenta um quadro geral a partir do qual se poderão aprofundar vários aspetos e abranger um outro tipo de população.

5.3. Considerações éticas

No que diz respeito às considerações éticas do presente estudo, foram salvaguardados os direitos de todos os participantes. Primeiramente por serem obtidos os consentimentos informados, acompanhados da explicação dos objetivos do estudo, dos processos de confidencialidade das respostas, do caráter voluntário da participação sem quaisquer benefícios ou prejuízos para o participante. Depois, pela substituição da identidade de todos os participantes por códigos, apenas no sentido de ser possível emparelhar as respostas.

5.4. Sugestões para futura investigação

Esta investigação revelou alguns dados significativos relativamente aos próprios idosos dependentes, aos cuidadores informais e formais, e aos hétero-relatos dos cuidadores

sobre a QdV e estado de saúde dos idosos dependentes. Foram encontradas correlações significativas fortes e moderadas em todas as análises entre os dados do WHOQOL-Bref e o SF-36 v2, e entre o WHOQOL-Bref e a ESC. Não foram encontradas correlações entre o WHOQOL-Bref e o IBC, e foi apenas encontrada uma diferença significativa entre as perspectivas dos diferentes cuidadores relativamente aos idosos dependentes, relativamente à dimensão Funcionamento Social do SF-36 v2. Esta falta de significância das correlações e das diferenças de médias pode dever-se à dimensão reduzida da amostra. Assim, com uma amostra maior os resultados poderão ser significativos permitindo assim perceber a influência do *Burnout* na percepção de QdV dos cuidadores formais e quais dos cuidadores se aproximam mais das perspectivas dos idosos dependentes.

Mais, no futuro seria também interessante perceber, quais os fatores que influenciam essa disparidade de resultados, como o tempo de contacto semanal entre o idoso dependente e o cuidador, ou o tipo de cuidado que é prestado.

5.5. Aplicações práticas deste estudo

Este estudo permite perceber o impacto da QdV na percepção de estado de saúde e, especificamente relacionar a satisfação com as relações sociais com a diminuição do impacto e vivência dos estados emocionais nas atividades realizadas. Assim, é manifesta a importância da manutenção da qualidade da rede social numa percepção de saúde satisfatória. No campo da psicologia isto apresenta-se como uma oportunidade de desenvolvimento de programas e intervenções que visem a promoção de redes sociais com qualidade entre os próprios idosos dependentes, através, por exemplo, da realização de atividades em conjunto, mas também entre os idosos dependentes e os próprios membros da família e cuidadores formais.

Por outro lado, a relação encontrada entre o bem-estar psicológico e o impacto das dores corporais na vida diária do idoso dependente afirma a influência das dores físicas na saúde mental do indivíduo. Também aqui a psicologia pode atuar, em articulação com outras áreas, promovendo uma melhor satisfação com a QdV psicológica, trabalhando estratégias de adaptação à dor.

De um modo geral, esta investigação aponta para a necessidade de se olhar para o idoso dependente de forma holística, considerando os aspetos físicos e psicológicos, não descurando a sua relação com os seus cuidadores e as características individuais destes. Assim, é salientada a importância da existência de equipas multidisciplinares com uma visão sistémica daquilo que é o idoso dependente.

Referências bibliográficas

Aneshensel, C. S., Leonard, P. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H., & Whitlatch, C. J. (1995).

Profiles in caregiving: The unexpected career. San Diego, California: Academic Press.

Araújo, F., Ribeiro, J. L., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do índice de barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista portuguesa da saúde pública*, 25(2), pp. 59-66.

Ávila-Toscano, J. H., & Vergara-Mercato, M. (2014). Calidad de vida en cuidadores informales de personas com enfermedades crónicas. *Aquichan*, pp. 417-429.

Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl, & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 111-135). Lisboa: Climepsi.

Bowling, A. (2001). *Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales*. Philadelphia: Open University Press.

Ferreira, A. (2009). *A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: A perspetiva do próprio e do seu cuidador* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Ferreira, P. L. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36:Parte I-adaptação e validação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, pp. 55-66.

Ferreira, P. L. (2000b). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36:Parte II-testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13, pp. 119-127.

Ferreira, C. G., Alexandre, T. d., & Lemos, N. N. (2011). Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária. *Saúde Soc.*, 20, pp. 398-409.

- Ferreira, O. G., Maciel, S. C., Costa, S. M., Silva, A. O., & Moreira, M. A. (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto Contexto Enferm*, pp. 513-518.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi editores.
- Fleck, M. P., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., . . . Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 1, pp. 19-28.
- Fonseca, A. M., Paúl, C., Martín, I., & Amado, J. (2005). Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. In C. Paúl, & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gräbel, E., & Adabbo, R. (2011). Perceived burden of informal caregivers of a chronically ill older family member. *GeroPsych*, 24, pp. 143-154.
- Hoeymans, N., Feskens, J., Kromhout, D., & Van den Bos, G. A. (1997). Ageing and the relationship between functional status and self-rated health in elderly man. *Social Science & Medicine*, 45, pp. 1527-1536.
- Kristensen, T., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. (2005). The copenhagen burnout inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), pp. 192-207.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.

- Lehman, A. F. (1988). A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Panning*, 11(51).
- Lima, M. G., Barros, M. B., César, C. L., Goldbaum, M., Carandina, L. & Ciconelli, R. M. (2009). Health related quality of life among the elderly: A population-based study using SF-36 survey. *Caderno de Saúde Pública*, 25 (10), pp.2159-2167.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*, 2, pp. 99-113.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout*. São Francisco: John Wiley & Sons.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annu. Rev. Psychol.*, 52, pp. 397-422.
- Milne, D., Mulder, L., Beelen, H., Schofield, P., Kempen, G., & Aranda, S. (2006). Patients' self-report and family caregivers' perception of quality of life in patients with advanced cancer: how do they compare? *European Journal of cancer care*, 15, pp. 125-132.
- Oliveira, M. A., Queirós, C., & Guerra, M. P. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspetiva autopoietica - do caos à autopoiese. *Psicologia, saúde & doenças*, 2, pp. 181-196.
- Pais-Ribeiro, J., & Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do ways of coping questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, XIX(4), pp. 491-502.

- Paredes, T., Simões, M. R., Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Quartilho, M. J., . . . Carona, C. (2008). Impacto da doença crónica na qualidade de vida: Comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor no aparelho locomotor. *Psicologia, saúde & doenças*, 9, pp. 73-87.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl, & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi.
- Pereira, M. d., & Carvalho, H. (2012). Qualidade de vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbilidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. *Temas em Psicologia*, 20, pp. 369-383.
- Pimenta, R. A., Rodrigues, L. A., & Greguol, M. (2010). Avaliação da qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de pessoas com deficiência intelectual. *Revista brasileira de ciências da saúde*, 14(3), pp. 69-76.
- Reis, L., Neri, J., Araújo, L., Lopes, A. & Cândido, A. (2015) Qualidade de vida de cuidadoras formais de idosos. *Revista Baiana de Enfermagem* 29(2), pp 156-263.
- Ricci, N., Kubota, M., & Cordeiro, R. (2005). Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, 39(4), pp. 655-662.
- Rondini, C. A., Justo, J. S., Filho, F. S., Lucca, J. A. & Oliveira, P. A. (2011). Análise das relações entre qualidade de vida e sobrecarga de cuidadoras de idosos de Assis, SP. *Estudos e Pesquisas em Psicologia* 11(3), pp. 796-820.
- Schaufelli, W. B., & Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology and Health*, 16, pp. 501-510.

- Schneider, R., & Irigaray, T. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4), pp. 585-593.
- Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of clinical nursing*, 22, pp. 491-500.
- Sequeira, C. A. (2010). Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de zarit. *Revista Referência*, II(12), pp. 9-16.
- Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., . . . Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), pp. 31-40.
- Silva, C. S. (2015). *Qualidade de vida e vulnerabilidade ao stress dos cuidadores formais de uma unidade de cuidados continuados integrados do Alentejo* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Portalegre/Escola Superior de Educação de Portalegre, Portalegre.
- Silva, M. E. (2005). Saúde mental e idade avançada: Uma perspetiva abrangente. In C. Paúl, & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Theofilou, P. (2013). Quality of life: Definitiona and measurement. *Europe's journal of psychology*, 9, pp. 150-162.
- Thomas, G. P., Saunders, C. L., Roland, M. O., & Paddison, C. A. (2015). Informal carers' health-related quality of life and patient experience in primary care: evidence from 195,364 carers in england responding to a national survey. *BMC Family Practice*.

- Vicente, C. S., & Oliveira, R. A. (2015). Burnout em cuidadores formais de idosos e doentes crônicos - atualidades. *Psychology, Community & Health*, 4(3), pp. 132-144.
- Walker, A. (2005). A european perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 2, pp. 2-12.
- Walter, A., & Lowenstein, A. (2009). European perspectives on quality of life in old age. *Eur. J. Ageing*, 6, pp. 61-66.
- Whitbourne, S. (2002). *The aging individual: Physical and psychological perspectives* (2^a ed.). Nova Iorque: Springer Publishing Company, Inc.
- World Health Organization. (1997). *WHOQOL: Measuring quality of life*.
- World Health Organization. (2004). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. (A. Leitão, Trad.)
- World Health Organization (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* (S. Gintijo, Trad.). Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. (Obra original publicada em 2002). Retirado de http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

Anexo A

O seguinte protocolo de investigação foi desenvolvido no âmbito da Dissertação de Mestrado da mestranda Ana Mesquita.

Protocolo de Investigação

a) Título Provisório

Perceção da Qualidade de Vida e Perturbação Emocional em Doentes Crónicos e seus Cuidadores Formais e Informais.

b) Identificação completa dos Investigadores

Estudante de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica da Saúde e da Doença

Nome: Ana Cristina Freitas Peixoto Miranda Mesquita

Data de Nascimento: 18-04-1993

Orientador da Dissertação de Mestrado

Nome: Fernando Carlos Sepúlveda Afonso Fradique

Data de Nascimento: 23-04-1957

Cédula Profissional OPP: 2864

Professor Associado da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

c) *Curriculum vitae* dos Investigadores

O *Curriculum Vitae* dos investigadores serão enviados em anexo.

d) Introdução

A qualidade de vida (QDV) tem tomado ao longo das últimas décadas uma grande importância nas áreas relacionadas com a saúde da pessoa, devido ao aumento da esperança média de vida, trazendo para a sociedade atual um problema pertinente: viver um maior número de anos significa ou não viver melhor. Este factor levou a uma preocupação maior por parte da sociedade, das instituições e dos profissionais de saúde com a promoção da mesma. O termo “saúde” foi definido pela Organização Mundial de Saúde, como estado completo de bem-estar físico, psicológico e social. Neste sentido, a qualidade de vida, enquanto relacionada com a saúde, foi definida como a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994). A QDV é influenciada pela saúde física da pessoa, pelo estado psicológico, pelo nível de independência, pelas relações sociais e pelas relações com o ambiente à sua volta. (WHOQOL Group, 1993). Na presente investigação torna-se importante considerar a QDV relacionada com a saúde como “níveis óptimos do funcionamento mental, físico, das funções a desempenhar (por exemplo, trabalho, parental, cuidador, etc.) e social, incluindo as relações, e as percepções de saúde, de *fitness*, de satisfação com a vida e de bem-estar, devendo também incluir a avaliação do paciente com o seu tratamento, com o resultado e o seu estado de saúde, assim como as suas perspectivas em relação ao futuro.” (Bowling, 2001). Diversos estudos demonstraram a importância da saúde para a pessoa quando se trata de avaliar a sua qualidade de vida (Rogerson *et al.*, 1989; Bowling, 1995; Rogerson, 1999).

O estudo da QDV em doentes crónicos torna-se pertinente na medida em que este se apresenta um problema e uma preocupação atual da sociedade, devido ao aumento da prevalência das doenças crónicas. A Organização Mundial de Saúde define a doença crónica como sendo de longa duração, não transmissível, geralmente de progressão lenta. As doenças crónicas são divididas em quatro grupos: cardiovasculares, cancro, doenças respiratórias e diabetes. Estas doenças podem apresentar uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados. Os doentes crónicos podem, desta forma, necessitar de cuidados especializados e de ajuda nas tarefas diárias, tanto por parte de profissionais de saúde (cuidadores formais) como por parte de familiares ou amigos (cuidadores informais). O cuidador formal é definido como o profissional de saúde, que recebe uma recompensa monetária pelo trabalho desempenhado, desenvolvendo actividades de cuidado especializadas e restritas, com um horário definido e com direitos associados (por exemplo, licença de maternidade). O cuidador informal desempenha tarefas e tem responsabilidades que podem incluir suporte emocional, ligação com os serviços formais e assistência financeira, sem renumeração ou horário definido que depende das necessidades do doente. (Goodhead & McDonald, 2007).

Os cuidadores desempenham um papel crucial na vida do doente, assegurando as suas necessidades e o seu bem-estar subjectivo e influenciando directamente a qualidade de vida do doente, tornando-se assim crucial o estudo das suas perspectivas de qualidade de vida acerca do doente. A perspectiva que o cuidador tem acerca da qualidade de vida do doente vai influenciar directamente as acções que desenvolve com o mesmo. Por um lado, os profissionais de saúde devem desenvolver um plano de cuidados que maximize a QDV do doente (Milne *et al.*, 2006). Por outro lado, o familiar deve desenvolver actividades com o doente que permitam um maior nível de QDV do mesmo. No entanto existem variados factores que influenciam o investimento físico e emocional dos cuidadores, como as estratégias de *coping* utilizadas e a sobrecarga emocional e física a que estão sujeitos. O papel de cuidador para o familiar implica uma modificação das rotinas do mesmo assim como a aquisição de novas responsabilidades que se modificam com a progressão da doença, o que pode representar uma fonte de stress. O cuidador formal pode também encontrar obstáculos ao desempenho das suas funções, como por exemplo os recursos disponibilizados. Em ambos os casos, os stressores no contexto do acto de cuidar podem ser definidos como “as condições problemáticas e as circunstâncias difíceis experienciadas pelos cuidadores (i.e. as exigências e os obstáculos excedem ou ultrapassam o limite da capacidade de adaptação do sujeito).” (Aneshental *et al.*, 1995). A presença de stressores pode levar ao sentimento de sobrecarga subjectiva e objectiva por parte do cuidador, levando a um desinvestimento no acto de cuidar.

Esta investigação pretende avaliar simultaneamente a perspectiva de qualidade de vida do doente crónico e do cuidador (sobre si próprio e sobre o doente), de forma a entender até que ponto as mesmas coincidem, incluindo a possibilidade da presença de outros factores estarem a influenciar as perspectivas de ambos. Se as perspectivas do cuidador acerca do doente e do doente acerca do próprio não coincidirem em determinados aspetos, o trabalho do cuidador pode ficar comprometido e limitado em diversas áreas. Por outro lado, o próprio cuidador pode não se apresentar disponível psicologicamente para desempenhar o seu papel de cuidador, podendo comprometer o seu papel enquanto tal, e inclusive levá-lo a descurar os sinais de necessidade apresentados pelo doente crónico. Desta forma, a seguinte questão clínica desencadeou esta investigação: “Em que medida as perspectivas de QDV do doente crónico e dos seus cuidadores formais e informais (sobre os próprios e sobre o doente) coincidem e de que forma estas afectam a sua vida?”. Neste sentido a investigação que se pretende realizar desempenha um papel importante nesta área, ao abordar simultaneamente o doente portador de doença crónica, que beneficia de cuidados assistenciais domiciliários por parte dos profissionais da Unidade de Cuidados Continuados (UCC) de Sacavém, e os seus cuidadores, quer formais, quer informais. Desta forma, esta investigação poderá, possibilitar o desenvolvimento de programas que permitam, por um lado, aumentar a qualidade de vida do próprio doente e dos seus cuidadores; e por outro, adequar de forma mais concordante os cuidados prestados e as necessidades dos doentes.

O objetivo geral desta investigação é: avaliar a percepção de qualidade de vida em doentes crónicos/idosos e seus cuidadores formais e informais, e a percepção de qualidade de vida dos doentes tal como percebida pelos cuidadores, por um lado, e as estratégias de confronto utilizadas por ambos os intervenientes no ato de cuidar, por outro. No que se refere aos objetivos específicos, são definidos os seguintes: a) avaliar a percepção de qualidade de vida em doentes crónicos/idosos que beneficiam de cuidados assistenciais domiciliários por parte dos profissionais da UCC de Sacavém; b) avaliar a percepção de qualidade de vida, o nível de sobrecarga e as estratégias de *coping* utilizadas nos cuidadores formais e informais de doentes crónicos; e c) avaliar a percepção de qualidade de vida do doente crónico, pelos seus cuidadores informais.

Referências Bibliográficas

Aneshensel, C., Pearlin, L., Mullan, J., Zarit, S., & Whitlatch C. (1995). *Profiles in caregiving; The unexpected career*. San Diego: Academic Press, Inc.

Bowling, A. (2001). *Measuring Disease*. Philadelphia: Open University Press

Diener, E., & Suh E. (1997). Measuring Quality of Life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40, 189-216. doi: 10.1023/A:1006859511756

Exel, J., Bobinac, A., Koopmanschap, M., & Brouwer, W. (2007). Providing Informal Care: A Burden and a Blessing. *Health and Ageing*, 16. Retrieved from <https://www.genevaassociation.org>

Fitzell, A., & Pakenham, K. (2009). Application of a stress and coping model to positive and negative adjustment outcomes in colorectal cancer caregiving. *Psycho-Oncology*, 19, 1171-1178. doi: 10.1002/pon.1666

Goodhead, A., & McDonald, J. (2007). Informal Caregivers Literature Review: a report prepared for the National Health Committee. Retrieved From <http://nhc.health.govt.nz/publications/nhc-publications-pre-2011/informal-caregivers-literature-review-report-prepared>

Goodman, R., Posner, S., Huang, E., Parekh, A., & Koh, H. (2013). Defining and Measuring Chronic Conditions: Imperatives for Research, Policy, Program, and Practice. *Preventing Chronic Disease*, 10. Retrieved from http://www.cdc.gov/pcd/issues/2013/12_0239.htm

Milne, D., Mulder, L., Beelen H., Schofield, P., Kempen, G., & Aranda, S. (2006). Patients' self-report and family caregivers' perception of quality of life in patients with advanced cancer: how do they compare?. *European Journal of Cancer Care*, 15, 125-132. doi:10.1111/j.1365-2354.2005.00639.x

Raina, P. *et al.* (2004). Caregiving process and caregiver burden: Conceptual models to guide research and practice. *BMC Pediatrics*, 4 (1). Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC331415/>

Rogerson, R. (1999). Quality of Life and City Competitiveness. *Urban Studies*, 36, 969-985. doi: 10.1080/0042098993303

e) Metodologia

O presente estudo é de natureza quantitativa. A população alvo deste estudo é constituída tanto pelos doentes portadores de doença crónica, como pelos seus cuidadores formais e informais. Desta forma, prevê-se uma amostra mínima de 20 doentes, 20 cuidadores informais e 6 cuidadores formais. Inicialmente irá ser realizado um primeiro contacto com os utentes e os seus cuidadores informais através da UCC de Sacavém com a finalidade de perceber a disponibilidade dos mesmos para o estudo. De seguida irão ser aplicados os questionários aos participantes que aceitaram participar no estudo. Os participantes serão divididos em três grupos: Doente Crónico; Cuidadores Informais (Familiar ou amigo que assegura a maior parte dos cuidados que o doente requer); Cuidadores Formais (profissional de saúde que assume formalmente uma prestação de cuidados).

O Doente Crónico responde aos seguintes questionários(vide anexo):

- . Protocolo de Consentimento Informado.
- . Questionário sociodemográfico (QSD).
- . Índice de Barthel - O Índice de Barthel avalia o nível de independência do doente para a realização de dez atividades básicas de vida diária (comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, mobilidade, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas).
- . WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life Instrument) - questionário que avalia perceção de qualidade de vida do indivíduo.

- . SF-36 v2 (Questionário do Estado de Saúde) questionário que avalia a perceção de saúde e da capacidade de realizar as tarefas diárias do indivíduo.

O cuidador formal responde aos seguintes questionários (vide anexo):

- . Protocolo de Consentimento Informado.
- . Questionário sócio-demográfico (Sobre Si Próprio – SSP).
- . WHOQOL-Bref acerca do próprio e acerca do doente/idoso.
- . SF-36 v2 acerca do doente.
- . QMLA (Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos) - questionário que avalia as estratégias de *coping* utilizadas pelo indivíduo em situações de *stress* (SSP)
- . BSI (Inventário Breve de Sintomas) - inventário de sintomas que avalia grupos de sintomas que podem indicar a presença de perturbação psicológica (SSP)
- . Inventário de *Burnout* de Copenhagen - avalia o nível de *Burnout* do cuidador formal (SSP).

O cuidador informal responde aos seguintes questionários (vide anexo):

- . Protocolo de Consentimento Informado.
- . Questionário sócio-demográfico (SSP).
- . WHOQOL-Bref acerca do próprio e acerca do doente crónico.
- . SF-36 v2 acerca do doente crónico.
- . QMLA (Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos) - questionário que avalia as estratégias de *coping* utilizadas pelo indivíduo em situações de *stress* (SSP).
- . BSI (Inventário Breve de Sintomas) - inventário de sintomas que avalia grupos de sintomas que podem indicar a presença de perturbação psicológica (SSP).
- . *Zarit Burden Interview* - escala que mede o nível subjetivo de *burnout* no cuidador (SSP).

Os questionários serão aplicados presencialmente ou fornecidos num envelope e posteriormente recolhidos dependendo da disponibilidade do participante. Em ambos os casos é fornecida uma explicação detalhada ao participante acerca do preenchimento dos mesmos. Os questionários serão anexados no final.

A recolha dos dados deverá ser realizada entre 1 de Maio de 2014 e 1 de Junho de 2014. Posteriormente os dados serão analisados através do SPSS 22 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

f) Recursos / Orçamento / Protocolo de Financiamento

A investigação não irá necessitar de financiamento, pelo que não apresenta um orçamento. Os recursos necessários são o acesso à UCC de Sacavém e aos seus utentes.

g) Cronograma (vide anexo)

h) Declaração do responsável da unidade de saúde (vide anexo).

Anexo B



AGRUPAMENTO LOURES - ODIVELAS



DECLARAÇÃO

Ileine Maria Noronha Lopes, Diretora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde Loures Odívetas (ACES) Loures - Odívetas, reitera a disponibilidade deste ACES para o projecto *"Percepção da qualidade de vida e perturbação emocional em doentes crónicos e seus cuidadores formais e informais"*, avaliado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo .IP - Processo Nº 030/CES/INV/2014, dado que não acarreta despesas para o ACES, tendo condições logísticas e humanas que asseguram a respetiva investigação em condições éticas adequadas.

Por ser verdade e me ter sido pedida, se passa declaração, que vai ser por mim assinada.

Sacavém, 27 de novembro de 2015

A Diretora Executiva do ACES Loures – Odívetas

Ileine Lopes (Dr.ª)

Anexo C



Exma. Sr.ª

Dr.ª Carla Sofia Cardiga

Carla.fpul@gmail.com

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência
17526/CES/2015

Data
7-12-2015

Assunto: "Percepção da qualidade de vida e perturbação emocional em doentes crónicos e seus cuidadores formais e informais."

- Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT – Proc.030/CES/INV/2015

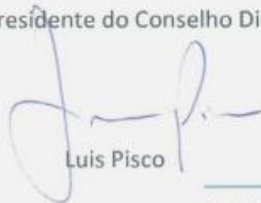
A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT apreciou na sua reunião da Secção de Investigação do dia 23-05-2014, o projecto mencionado em epígrafe, tendo sido deliberado um parecer favorável condicionado.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido por aquela Comissão, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização, desde que cumpridas as condições mencionadas no parecer.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo



Luis Pisco

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

Anexo D



Código _____

Protocolo de consentimento informado do idoso/doente

Eu, _____ aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Ana Cristina Freitas Peixoto Miranda Mesquita (Estudante da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), orientada pelo Professor Doutor Fernando Fradique (Professor Associado da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), no âmbito da dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, na área de Psicologia da Saúde e da Doença.

Foram-me explicados e compreendo os objetivos principais deste estudo:

1. Avaliar a perceção do idoso sobre a sua qualidade de vida.
2. Explorar se o contexto de vida em que o idoso/doente se insere (viver no Lar; frequentar o Centro de Dia; e residir no Domicílio) influencia a sua perceção de qualidade de vida.
3. Avaliar a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas na perceção do idoso/doente sobre a sua qualidade de vida.

Também entendi os procedimentos que tenho de realizar:

1. Responder a uma ficha de caracterização sociodemográfica.
2. Responder a um conjunto de questionários sobre a minha qualidade de vida e a minha capacidade de realização de atividades diárias. Outras observações:

- Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo eu desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.
- Compreendo que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer publicação, a menos que eu o autorize por escrito.
- Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação em Psicologia Clínica na área da qualidade de vida do idoso/doente, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício direto ou indireto pela minha colaboração.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Data: ____/____/____

Nome do investigador: _____

Assinatura do investigador _____

Data: ____/____/____

Se tiver alguma dúvida por favor contacte para:

anacpmesquita@hotmail.com

Anexo E



Código _____

Protocolo de consentimento informado do cuidador

Eu, _____ aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Ana Cristina Freitas Peixoto Miranda Mesquita (Estudante da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), orientada pelo Professor Doutor Fernando Fradique (Professor Associado da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), no âmbito da dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, na área de Psicologia da Saúde e da Doença.

Foram-me explicados e compreendo os objetivos principais deste estudo:

1. Avaliar a perceção do cuidador sobre a qualidade de vida dos idosos/doentes a quem presta cuidados e sobre a sua própria qualidade de vida.
2. Avaliar a sobrecarga a que o cuidador está submetido devido à prestação de cuidados e avaliar as estratégias de confronto (lidar com as situações com que é confrontado) que utiliza habitualmente.
3. Avaliar a influência de variáveis sociodemográficas na perceção da sua qualidade de vida, da sobrecarga sentida, nas estratégias de confronto a que recorre e na perceção da qualidade de vida dos idosos/doentes a quem presta cuidado.

Também entendi os procedimentos que tenho de realizar:

1. Responder a uma ficha de caracterização sociodemográfica.
2. Responder a um conjunto de questionários sobre a minha perceção acerca da qualidade de vida dos idosos/doentes a quem presto cuidados, acerca da perceção da minha qualidade de vida, da sobrecarga sentida e das estratégias de confronto a que recorro.

Outras observações:

- Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.
- Compreendo que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer publicação, a menos que eu o autorize por escrito.
- Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação em Psicologia Clínica na área da qualidade de vida do idoso/doente, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício direto ou indireto pela minha colaboração.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Se tiver alguma dúvida por favor contacte para:
anacpmesquita@hotmail.com

Anexo F

CÓDIGO _____

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO – DEMOGRÁFICA
(Idoso/ Doente Crónico)

Identificação

Sexo: M____ F____ Ano de nascimento: _____ Idade: ____

Estado Civil: Solteiro(a)____ Casado(a)____ União de facto____ Separado(a)____

Divorciado(a)____ Viúvo (a)____

Escolaridade: _____

Naturalidade: _____

Saúde Física e Mental

Autonomia e Orientação

Visão: Vê bem____ Vê bem c/óculos____ Vê mal mesmo com óculos ____ Não
vê bem____

Audição: Ouve bem____ Ouve bem c/aparelho____ Ouve mal mesmo c/aparelho____ Ouve
mal____

Doenças

Tem alguma doença diagnosticada? Não____ Sim____

Qual(ais): _____

Faz algum tratamento regular (e.g. fisioterapia)? Não____ Sim ____

Qual(ais): _____

Toma remédios regularmente? Não____ Sim____

Qual(ais): _____

Doenças Psiquiátricas

Já foi a alguma consulta de Psiquiatria/Neurologia? Não___ Sim___

Tem alguma doença psiquiátrica/neurológica diagnosticada: Não___

Sim___ Qual: _____

Tem sido acompanhado(a) pelo médico regularmente? Não___ Sim ___ Desde
que idade é que tem sido acompanhado(a) regularmente pelo médico?

No último ano, quantas vezes consultou o médico?_____ (considerar todas as
especialidades)

Situação face à vida ativa

Atualmente, encontra-se:

Na vida ativa: Sim___ Não___ Profissão: _____

Reformado(a):___ Motivo: ____

Com que idade deixou de ser trabalhador ativo(a)? _____

Agregado familiar

Vive: Só ___ Acompanhado (a)___

Vive com: _____

Vive em: Casa (própria/alugada)___ Instituição___ Casa de familiares/amigos___ Se tivesse
possibilidade, mudaria de casa? Não___ Sim___

se sim, por razões de: Segurança___ Conforto___ Degradação da habitação___

Outra razão ___ Qual: _____

O rendimento atual:

Permite viver confortavelmente ___ Dá para viver___ Viver
com o rendimento atual é difícil___ É muito difícil ____

Acontecimentos de vida críticos

No último ano, viveu algum destes acontecimentos:

Morte de familiar ____

Amigo ____

Separação/divórcio do próprio ____

Filhos ou netos ____

Casamento do próprio ____

Filhos ou netos ____

Saída de filhos de casa ____

Mudança de residência ____

Nascimento de netos ____

Doença grave do próprio ____

Acidente (viação/ doméstico/profissional) ____

Desemprego ____

Outro acontecimento significativo positivo ou negativo) _____

Religião

Tem crenças religiosas? Não ____ Sim ____

Tem práticas religiosas? Não ____ Sim ____

Se sim, Públicas (ex: missa) ____ Privadas (ex: terço) ____

Ocupação de tempos livres

Fora de casa – no último ano:

Fez exercício regular: ____ Fez viagens/turismo sénior ____

Foi a espetáculos (teatro/cinema) ____

Frequentou Associações/Clubes para a terceira idade ____

Frequentou centro de convívio ____ Ou Centro de dia ____

Em casa – no último ano:

Viu TV ____ Ouviu rádio ____ Leu Jornais/Revistas ____ Leu livros ____

Ouviu música ____ Fez Trabalhos manuais ____ Cuidou de netos ____

Tarefas domésticas ____

Outra ocupação _____

Caracterização Psico-Social

Com que frequência costuma sair de casa?

Todos os dias ____ Algumas vezes por semana ____

Algumas vezes por mês ____ Raramente ____ Nunca ____

Mantém relações de convívio com amigos ou vizinhos?

Sim, regularmente ____ Raramente ____ Não ____

Anexo G

CÓDIGO _____

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO – DEMOGRÁFICA (Cuidador informal)

Segue-se um conjunto de questões, às quais lhe solicito que responda com a maior precisão possível.

1. **Género:** Masculino ____ Feminino ____

2. **Idade:** ____

3. **Estado civil:**

Casado(a) / Em união de facto ____
Viúvo(a) ____

Divorciado(a) / Separado(a) ____
Solteiro(a) ____

4. **Habilitações literárias:**

Não frequentou o sistema de ensino formal ____
1º ciclo do ensino básico (4ª classe) ____
2º ciclo do ensino básico (Ensino preparatório) ____
3º ciclo do ensino básico (9.º ano) ____
Ensino secundário (12.º ano) ____
Curso médio ____
Ensino superior ____

5. **Situação na profissão** (escolher apenas aquela que melhor se ajusta ao caso):

Empregado(a) a tempo inteiro ____
Empregado(a) a tempo parcial ____
Reformado(a) / pensionista ____
Desempregado(a) ____
Estudante a tempo inteiro ____
Doméstica ____
Outra ____
Qual? _____

6. Qual a sua **profissão** (atual ou a última)? _____

7. Qual é o seu **grau de parentesco** com a pessoa a quem presta cuidados?

Cônjuge/companheiro(a) ____
Filho(a) ____
Irmão (ã) ____
Nora/genro ____

Outro membro da família ____

Nenhum ____

8. Tem algum filho a cargo?

Não ____

Sim ____ Quantos? _____

9. Qual a distância física entre si e a pessoa a quem presta cuidados?

Vivem na mesma casa ____ Vivem no mesmo bairro ____

Vive na mesma terra (a menos de 10 km) ____

Vivem em terras próximas (menos de 30 km) ____

Vivem a mais de 30 km de distância ____

Outra situação ____ Qual? _____

10. Há quanto tempo presta cuidados a esta pessoa?

Entre 6 meses e 1 ano ____ Entre 1 a 2 anos ____

Entre 3 a 5 anos ____ Mais de 5 anos ____ Quantos? _____

11. Que tipo de apoio/cuidados presta frequentemente ao seu familiar?
(pode assinalar mais do que uma opção)

Cuidados pessoais (higiene pessoal, vestir, alimentação, etc.)	
Mobilidade (transferências, subir/descer escadas)	
Efetuar os trabalhos domésticos (limpar, cozinhar)	
Tomar os medicamentos	
Gerir o dinheiro	
Utilizar o telefone	
Ir às compras	
Tratar de assuntos burocráticos	
Acompanhamento a consultas médicas	
Transporte do familiar	
Passear/atividades de lazer	
Apoio emocional	
Apoio financeiro	
Supervisão regular (“olhar pelo idoso” e pelos cuidados que lhe são prestados; disponibilidade imediata para recorrer a emergências)	

12. Em média, **quantas horas por semana** ocupa a prestar cuidados a esta pessoa?

0 a 8 horas ____ 9 a 20 horas ____

21 a 40 horas ____ Mais de 41 horas (ou cuidados permanentes) ____

13. **Mais alguém** (familiares, amigos, vizinhos, empregada doméstica, serviços formais etc.) colabora na tarefa de prestação de cuidados?

Não ____

Sim ____

13.1 Tem que **pagar** por essa colaboração?

Não ____

Sim ____

Especifique em que situações _____

13.2 Há mais alguém a quem tenha de prestar este tipo de cuidados (p. ex.: parentes, amigos ou vizinhos doentes ou inválidos)?

Não ____

Sim ____ Quantos? _____

Anexo H

CÓDIGO _____

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO – DEMOGRÁFICA (Cuidador formal)

Segue-se um conjunto de questões, às quais lhe solicito que responda com a maior precisão possível.

Sexo: M ____ F ____ Idade: ____ (anos)

Escolaridade:

Sem escolaridade formal ____ 1º - 4º Ano ____ 5º - 6º Ano ____

7º - 9º Ano ____ 10º - 12º Ano ____ Ensino Superior ____

Estado Civil:

Solteiro(a) ____ Casado(a) ____ Divorciado(a) ____ Viúvo(a) ____

União de facto ____ Separado(a) ____

Tem filhos? Não ____ Sim ____ Quantos? ____

Tem outros dependentes?

Não ____ Sim ____ Quantos? ____ Quem? _____

Local de residência: Rural ____ Urbano ____

Categoria Profissional _____

Funções desempenhadas na Instituição: _____

Anos de serviço nesta instituição (ou noutra, com funções semelhantes) ____

Quantas horas trabalha por semana? ____

Trabalha por turnos? Sim ____ Não ____

Trabalha parcialmente em mais alguma instituição? Sim ____ Não ____

Se sim, quantas horas trabalha por semana nessa mesma instituição? _____

Situação contratual

Do quadro/efetivo ____ Vínculo precário ____ Prestação de serviços ____

No último ano mês faltou ao serviço?

Nunca/raramente ____ Algumas vezes ____ Bastantes vezes ____

No último ano faltou ao serviço?

Nunca/raramente ____ Algumas vezes ____ Bastantes vezes ____

Se pudesse, mudaria de profissão?

Sim ____ Não ____

Anexo I

O questionário de percepção de Qualidade de Vida, WHOQOL-Bref não pode ser reproduzido por se encontrar protegido por direitos de autor.

Anexo J

O questionário de percepção de Qualidade de Vida, SF-36 v2 não pode ser reproduzido por se encontrar protegido por direitos de autor

Anexo K

CÓDIGO _____

Escala de sobrecarga do cuidador

A ESC é uma escala que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal.

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplica ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					

21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

Anexo L

CÓDIGO _____

II – INVENTÁRIO DE BURNOUT DE COPENHAGEN

Este questionário destina-se à avaliação psicométrica das dimensões do *burnout*. Não há respostas melhores ou piores, a resposta correta é aquela que exprime com veracidade a sua própria experiência. A cada uma das frases deve responder consoante a frequência com que tem o sentimento, assinalando com uma cruz.

1. Com que frequência se sente cansado(a)?	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
2.O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	Muitíssimo	Muito	Nem muito, nem pouco	Pouco	Muito pouco
3.Acha difícil trabalhar com idosos?	Muitíssimo	Muito	Nem muito, nem pouco	Pouco	Muito pouco
4.Com que frequência se sente fisicamente exausto(a)?	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
5.Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	Muitíssimo	Muito	Nem muito, nem pouco	Pouco	Muito pouco
6.Acha frustrante trabalhar com idosos?	Muitíssimo	Muito	Nem muito, nem pouco	Pouco	Muito pouco
7.Com que frequência se sente emocionalmente exausto(a)?	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
8.O seu trabalho deixa-o(a) frustrado(a)?	Muitíssimo	Muito	Nem muito, nem pouco	Pouco	Muito pouco
9.Trabalhar com idosos deixa-o(a) sem energia?	Muitíssimo	Muito	Nem muito, nem pouco	Pouco	Muito pouco
10.Com que frequência pensa “Eu	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca

não aguento mais isto”?					
11.Sente-se esgotado(a) no final de um dia de trabalho?	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
12.Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com idosos?	Muitíssimo	Muito	Nem muito, nem pouco	Pouco	Muito pouco
13.Com que frequência se sente fatigado(a)?	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
14.Sente-se exausto(a), de manhã, ao pensar em mais um dia de trabalho?	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
15.Está cansado(a) de trabalhar com idosos?	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
16.Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
17.Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
18.Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com idosos?	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
19.Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	Nunca/quase nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre